БИБЛИОТЕКА
ПСИХОЛОГИИ
ПСИХОАНАЛИЗА
ПСИХОТЕРАПИИ

Под редакцией
профессора В.В. Макарова

М.Е. Бурно

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Рекомендовано кафедрой психотерапии,
медицинской психологии и сексологии
Российской медицинской академии
последипломного образования и
Профессиональной психотерапевтической лигой
в качестве учебного пособия по психотерапии

Москва
Академический проект
2020

УДК 616.89-085.815
ББК 56.14
Б91

Бурно М. Е.
Б91 Клиническая психотерапия. — М.: Академический проект, 2020. — 800 с.

ISBN 978-5-8291-2700-8

Настоящая книга есть 2-е, дополненное и переработанное издание. 1-е издание вышло в свет в этом же издательстве в 2000 году.

Автор — Марк Евгеньевич Бурно, доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования (Москва), вице-президент Профессиональной психотерапевтической лиги, основатель отечественной психотерапевтической школы «Терапия творческим самовыражением».

В книге собраны работы автора разных лет, в которых научное размышление, практическая лечебная помощь больным и преподавание врачам как бы растворены друг в друге, составляют единую врачебную душевную работу психиатра-психотерапевта.

Книга предназначена для психотерапевтов, психиатров, врачей всех лечебных специальностей (включая врачей общей практики), медицинских (клинических) психологов, психологов-консультантов, студентов-медиков и студентов-психологов.

УДК 616.89-085.815
ББК 56.14

ISBN 978-5-8291-2700-8

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Первое издание этой книги вышло в 2000 году и было довольно быстро распродано.

Благодарен особенно тем коллегам, которые укрепили меня в надежде на то, что книга своим содержанием и врачебным переживанием помогает лечить трудных, поистине страдающих, *психиатрических* пациентов. Убежден, что если это происходит, то происходит благодаря психотерапевтическому клиницизму, клиницизму врача, которым проникнута книга— в отличие от многих нужных книг психологов, в которых, как и полагается, говорится не столько о помощи серьезным пациентам, сколько о помощи клиентам (сравнительно здоровым людям с их проблемами-трудностями).

Автор
Январь, 2006 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Пожилой уже клиницист в психотерапии, радуюсь тому, что психотерапия перестала быть только психотерапией врачей, вышла за ворота клинической медицины, и занимаются по-своему психотерапией психологи, педагоги, священники, философы, искусствоведы, культурологи, писатели — все, кто по роду своей профессии имеет отношение к душе человека и тянется ей помогать. Так и должно быть, потому что души людей разные, потому что в психотерапевтической (душевной) помощи нуждаются и многие здоровые люди — и тоже нуждаются по-разному. Помню, как когда-то один московский писатель (покойный теперь) сказал мне, что ему мог бы серьезно душевно помочь «только глубокий психологический тоже писатель — такой, как Макс Фриш».

Я не раз подчеркивал: психотерапия должна быть разнообразной, лишь бы не была безнравственной. Пусть каждый психотерапевтический подход в бескрайнем психотерапевтическом поле относится к другим психотерапевтическим подходам-дорогам с серьезным уважением, потому что нас роднит, связывает в Человечестве и то, чем мы не похожи друг на друга, — в том числе, своим душевным, духовным откликом на разные личностно-мироощущенческие или только технические способы психотерапевтического прикосновения к нам.

Клиническая психотерапия, в отличие от психоаналитической, экзистенциально-гуманистической, религиозной, вышла, в основном, не из неврологии, психологии, философии, религии, а из развивающейся клинической психиатрии стран немецкого языка и России, есть ее неотъемлемая часть и, естественно, так же проникнута клиническим психиатрическим мироощущением. Коренное отличие клинической психотерапии от психологической (в широком смысле) — не в том, что она предназначена больше для больных людей («клинические случаи»), а в самом ее психотерапевтическом клинико-реалистическом мироощущении. Она может быть глубоко личностной, одухотворенной, философски-поэтической, внешне не похожей на медицину, но она идет к духу не от духа, а от тела — в том смысле, что постоянно чувствует-понимает стихийную самозащиту источника духа, клинические, физиологические закономерности, проступающие в клинической картине, характерах, дифференциальной диагностике. Можно сказать, что в широком, стихийном смысле одухотворенный психотерапевтический клиницизм — это мироощущение Пушкина, Чехова — в

сравнении с идеалистически-психологическим мироощущением Лермонтова, Тютчева. Как и психоанализ, экзистенциально-гуманистическая психотерапия, религиозная психотерапия, широко применяющиеся для здоровых, во многих случаях серьезно помогают людям с тягостными болезненными расстройствами, так и одухотворенно-личностная клиническая психотерапия помогает уже многим, многим здоровым разобраться в *своих* душевных, духовных трудностях, вступить на свою дорогу в жизни, сообразно *своим* природным особенностям, обрести свой смысл (также сообразно *своей* природе) и т. д.

В нашей стране в последнее десятилетие традиционно развивавшаяся у нас клиническая психотерапия, с наступившей долгожданной идеологической свободой в психологии, философии, как бы скрывается под волнами западного, «привозного» психотерапевтического психологизма и техницизма. Многие известные образованные наши психологи-психотерапевты даже говорят, что нет такой особенной своим клиническим мироощущением клинической психотерапии, есть во всем мире только психологическая психотерапия, основанная на психологическом образовании и мироощущении. И это потому, что всякая профессиональная работа с душой — дело квалифицированного психолога, изучавшего душу на психологическом факультете. Подобные утверждения естественны, поскольку психологическое мышление, в отличие от клинического (с его «для каждого свое по природе его»), склонно к абсолютизации. Типичный психолог-аутист* с убежденностью вводит весь мир в свою замкнутую психологически-аутистическую систему, которая может быть гениальной, а типичный клиницист-реалист, диалектик, реалистически, согласно законам природы, раскладывает все по полкам, в духе клинической системы показаний и противопоказаний, быть может, в ущерб гениальности в ее принятом, «сумасшедшем» смысле. Основоположник отечественной клинической психотерапии С.И. Консторум более полувека назад сокрушался, что, благодаря прежде всего психоанализу Фрейда и Юнга «психотерапия оторвалась от клиники», притом не от клиники психозов, а от «клиники “пограничных и мягких форм”» (Консторум, 1962, с. 31). Убежден, что истинно клиническая, человечески-сердечная психотерапия

---

* Под аутистичностью (аутистическим мышлением и чувствованием) понимаю в широком, блейлеровском смысле природную предрасположенность-способность к идеалистическому мышлению (Блейлер Э., 1927; Волков, 1994).

не исчезнет среди других подходов, потому что нужна многим пациентам с более или менее сложным реалистическим мироощущением: только она им по-настоящему и поможет. А таких пациентов особенно много в России. Они все более разочаровываются сейчас в сухих техниках и психоаналитических раскопках, а то и ранятся всем этим.

По-видимому, все же западный душевный склад в известной мере предопределяет сегодняшнюю западную рационалистически-психодинамическую пограничную психиатрию-психотерапию, подобно тому как восточный — восточную, чувственно-идеалистическую пограничную психиатрию-психотерапию. У России своя душа и своя особая психотерапия, думается, прежде всего клиническая*, одухотворенно-клиническая, созвучная ослабевшей классической немецкой, выросшая из клиницизма Гиппократа, Мудрова, Корсакова, Э. Блейлера, Э. Кречмера, Ганнушкина, Консторума.

Порою спрашивают: а что дала миру клиническая психотерапия, психотерапия врачей? Гипноз, внушение, самовнушение и другие подобные первобытные методы? Это же не современная психотерапия. Сегодняшняя психотерапия — это психотерапия психологов и врачей с неклиническим мышлением: психоанализ, психоаналитическая терапия, когнитивно-поведенческая, гештальт-техники, эриксоновский гипноз, экзистенциальная психотерапия, нейролингвистическое программирование и т. п. Отвечу на этот вопрос. Клиническая психотерапия применяет разнообразные методы, но клинически, т. е. отправляясь от клинической картины, с достаточно строгой системой показаний, противопоказаний. Гипноз, гипносуггестивную терапию отнюдь не всегда применяют клинически. Врач Леон Шерток применял, толковал гипноз психоаналитически, и гипноз врача Милтона Эриксона, формирование транса в нейролингвистическом программировании тоже не клиническое лечение в нашем понимании (не отправляется от клинической картины, дифференциальной диагностики, продуманной системы показаний-противопоказаний). Клиническая психотерапия сегодня традиционно преподается у нас на государственных кафедрах России в соответствии с унифицированной программой по психотерапии (как «специальность, требующая углубленной подготовки» в рамках основной специальности — психиатрии [Приказ МЗ РФ №337 от 27.07.99]). Что же есть сегодня в арсенале врачебной, клинической психотерапии? Перечислю в историческом порядке — по мере того, как эти клинико-психотерапевтические подходы (методы в широком смысле) скла-

* Или нередко с клиническими оттенками, наслоениями.

дывались один за другим или одновременно в истории медицины. Это, конечно, клиническая суггестивная и гипносуггестивная терапия. Она подробно разработана многими психотерапевтами при различных расстройствах с показаниями, противопоказаниями, осложнениями и т. д., начиная от Джеймса Брэда (середина XIX века) и до современных отечественных работ второй половины 20-го столетия (Сумбаев, 1946; К.И. Платонов, 1962; Рожнов, 1974, 1985; Каравирт, 1980; Полищук, Гурвич, Зозуля, 1990; Свядощ, 1997; Салынцев, 1999)*. Это рациональная психотерапия — от Поля Дюбуа (начало XX века) к подробно разработанной консторумской рациональной психотерапии истерических и психастенических расстройств (Консторум, 1962) и до лечебного обучения пациентов законам формальной логики (Д.В. Панков, 1985). Клинически понятно, что человеку с формально-логическим мышлением помогает и формально-логическое лечебное убеждение. Это психотерапевтическая тренировка XX века Иоганна Шульца и Эдмунда Джекобсона со множеством и сегодняшних модификаций при разнообразных расстройствах. При этом, конечно, не назовешь клиническим шульцевское понимание его «высшей ступени» Аутогенной тренировки. В конце своей долгой жизни в шестидесятые годы XX века на одном из международных конгрессов на вопрос В.Е. Рожнова о сути «высшей ступени» Шульц ответил: «Это полет к Богу» (по рассказу В.Е. Рожнова). Это клиническая групповая психотерапия — от Джозефа Прэтта (начало XX века) к «коллективной психотерапии» невротиков (Гиляровский, 1926; Озерецковский, 1927; Иванов, 1974; Либих, 1974) и к нашим сегодняшним клиническим группам творческого самовыражения (М. Бурно, 1999). Это клиническая поведенческая психотерапия от основоположников поведенческой психотерапии В.М. Бехтерева (1914, 1917) и Н.В. Канторовича (1929, 1967) — к клинико-поведенческим методам А.М. Свядоща (1997) и до сегодняшнего дифференцированно-клинического применения когнитивно-поведенческой терапии

---

* Уместно здесь подчеркнуть, что особенность всякого классического клинико-психотерапевтического подхода (метода) состоит в том, что, развиваясь уточняющими, углубляющими, отменяющими друг друга открытиями разных исследователей, он, по существу, вечен и бесконечно открыт для дальнейшего совершенствования, как и вся клиническая медицина. Этого не скажешь о психологических (в широком смысле) психотерапевтических подходах (психоаналитических, экзистенциально-гуманистических, религиозных). Они тоже вечны, но не развиваются, «перечеркивая самое себя» (известные слова Гюго о науке).

(А.М. Бурно, 1996)*. Это классическая активирующая психотерапия Консторума (1927, 1930, 1959), клинико-аналитическая психотерапия XX века Э. Кречмера, Каннабиха, Свядоща (каузальная, аналитическая психотерапия), Каравирта. Это клиническая Терапия духовной культурой (творческим вдохновением, поиском смысла жизни) — от работ Яроцкого (1908, 1913), Лахтина (1926), Берштейна (1927) до исследований Воскресенской (1964), Вольперта (1979), Брусиловского (1985) и Терапии творческим самовыражением (М. Бурно, 1989, М. Бурно, Благовещенская, 1997; Добролюбова, 1997; Гоголевич, 1998; Зуйкова, 1998; Некрасова, 1999; Махновская, 1999). Наконец, это подробно разработанная, являющая собою сложное переплетение разнообразных методов клиническая психотерапия шизофрении (Клези, 1922; М. Мюллер, 1930; Консторум, 1962; Э. Броди, 1971; М. Бурно, 1985; Смирнов, 1985; Полищук, Гурвич, Зозуля, 1990; А. М. Бурно, 1996; Волков, 1993; Добролюбова, 1997; Некрасова, 1999; Махновская, 1999), клиническая психотерапия эпилепсии (Вольф, 1961; Смирнов, 1979), клиническая психотерапия депрессий (Кильхольц, 1970; Колосов, 1985; Крыжановский, 1995), клиническая психотерапия психопатий (Личко, 1985; М. Бурно, 1989; Гоголевич, 1998; Зуйкова, 1998), клиническая психотерапия невротических расстройств (Иванов, 1974; Деглин, 1979; Зачепицкий, 1979; Колосов, 1979; Каравирт, 1980; Н. Асатиани, 1985; Слуцкий, 1985; Чаргейшвили, 1985; Свядощ, 1997, Простомолотов, 2000). Наконец, это клиническая психотерапия зависимостей (алкоголизма, наркоманий, токсикоманий). Например, психотерапия в соответствии с особенностями душевного склада алкоголика (И.С. Павлов, 1974; Иванец, Игонин, 1976; Небаракова, 1976; Новиков, 1976).

Это, конечно, далеко не полное представление об основных методах (подходах) в клинической психотерапии. Я не затронул, например, клиническую психотерапию соматических и сексуальных расстройств, богатейшую клиническую психотерапию в детской психиатрии. Однако из перечисленного выше уже ясно видится, что клиническая психотерапия (психотерапия клиницистов) сегодня продолжает развиваться-углубляться в основном в нашей стране. У нас, кстати, сложилась и клиническая психотерапия в комплексе разгрузочно-диетической терапии (Полищук, Заиров, 1979; Заиров, Гурвич, Бабенков, 1985).

---

* Современная западная когнитивно-поведенческая психотерапия особенно легко преломляется клинически, когда ею занимаются клиницисты.

В шестьдесят один год я отобрал для этой книги те свои работы, публиковавшиеся обычно малым тиражом, научные и учебные*, которые, по-моему, могут помочь прочувствовать-продумать клиническую психотерапию и поучиться ей. Учиться клинической психотерапии, по-моему, лучше всего исторически: то есть изучая, как постепенно, со временем, клиническая психотерапия усложнялась, углублялась. Поскольку клиническая психотерапия развивается-совершенствуется прежде всего в поле клинического психиатрического мироощущения, художественной и философской духовной культуры человечества и мало зависит от медицинской техники, лаборатории, она не устаревает за десятилетия своими живыми описаниями так сильно, как, например, устаревает хирургия.

В это издание не включены другие мои уже опубликованные книги: «Терапия творческим самовыражением» (1989, 1999), «Трудный характер и пьянство» (1990), «Сила слабых» (1999). Не включены и способствующие изучению клинической психотерапии (с моей точки зрения) мои главы в 3-х изданиях «Руководства по психотерапии» (под редакцией В.Е. Рожнова — 1974, 1979, 1985), поскольку эти, в сущности, три разных тома есть сами по себе книги для психотерапевтов, да и выпущенные большим тиражом. Не вошли сюда и приготовленные уже для издания работы, которые, надеюсь, сами станут книгами: «Школа Терапии творческим самовыражением» (в соавторстве с моими последователями), «Реалистический психотерапевтический театр», «Клуб трезвых людей», «Психотерапевтические повести и рассказы».

В книге о клинической психотерапии, естественно, много клинических, дифференциально-диагностических размышлений, как, кстати, и в консторумском «Опыте практической психотерапии» (1962). Предполагаю, что и такие темы, как «Клиника хронического алкоголизма», «Этиология алкоголизма», подробные клинические описания психастенических, алкогольно-шизофренических расстройств, историко-психотерапевтические работы и т. п. уместны здесь не только для клинического самоусовершенствования, но и для непосредственной психотерапевтической, целебно-просветительной работы с пациентами — и особенно в Терапии творческим самовыражением. Думается, вся книга так или иначе проникнута, овеяна этим моим клинико-психотерапевтическим методом, который и есть, в сущности, одухотворенно-личностная клиническая психотерапия. В такой книге, естественно, встречаются некоторые повторы, но, в основном, — другими словами, и это, думается, уместно для

* В клинической, практической психотерапии научное и учебное обычно «просвечивают» друг сквозь друга — лишь с преобладанием того или другого.

постепенного постижения нелегкой клинической психотерапии как научного искусства.

В клинической психотерапии, понятно, разные встречаются случаи. Много в психотерапевтическом потоке и «легких», примитивно-внушаемых пациентов, которым довольно, в основном, групповых гипнотических сеансов. Но эта книга прежде всего о сложных, трудных пациентах, которых Консторум, при большой очереди к нему, вызывал первыми и подолгу с ними сидел. Отмечу здесь, что, хотя знаком с С.И. Консторумом лишь по его работам и живым воспоминаниям современников, кажется, ощущаю, понимаю его в его работе и жизни так, как будто бы хорошо его знал, знаю, как своего живого и главного учителя.

Работы, сложившиеся в специальные разделы в этой книге, я немного поправил, не лишая «молодые» из них налета той светлой психиатрически-психотерапевтической молодости, которую заново переживал, работая над книгой. Некоторые непоправленные «молодые» неточности оговорил-уточнил подстрочно. Но с каким душевным удовлетворением я освободил свои опубликованные прежде работы от огрублявшей, калечившей, обезличивающей их правки разнообразных научных и литературных редакторов советского времени. Эта редакторская правка — для меня предмет моих пожизненных, неизбывных переживаний. Понимал, конечно, что не так уж виноваты эти редакторы передо мной, перед моими беззащитными работами: им было приказано править личность-стиль по дороге к стандарту. Под их объяснением «иначе наш читатель не поймет» крылось более для них опасное — работа обратит на себя внимание кого-то нестандартной живостью, кто-то заинтересуется редактором журнала, автором на предмет, нет ли здесь чего-то идеологически подмоченного. Все это я достаточно прожил-пережил. Но в клинической психотерапии личностное изложение особенно уточняет дело, помогая читателю работать тоже личностно, по-своему, всей душой.

Наконец, в книге немало работ, написанных в соавторстве с моими последователями, младшими товарищами, под моим руководством, и я сердечно благодарю здесь моих соавторов, с которыми мы складывали в общую сумму наши клинико-психотерапевтические случаи, обдумывали их, спорили, и это неслучайное соавторство меня и сейчас согревает. Это Алла Алексеевна Бурно (в прошлом — А.А. Журавлева), Константин Сергеевич Горячев, Людмила Даниловна Зикеева, Коксал Арутюнович Каравирт, Нина Леонидовна Куклина, Людмила Мечиславовна Мочкина, Александр Николаевич Мочкин, Игорь Степанович Павлов.

Многое в этой книге дышит нашей совместной многолетней работой с покойным Владимиром Евгеньевичем Рожновым (1918—1998). Профессор В.Е. Рожнов создал кафедру

психотерапии в Центральном институте усовершенствования врачей (ныне — Российская медицинская академия последипломного образования) в 1966 г., и я штатно работаю на этой кафедре с 1970 года. Владимир Евгеньевич пригласил меня на кафедру ассистентом, и все мы, сотрудники кафедры, клиницисты, навсегда, думаю, благодарны нашему бывшему заведующему за отеческое (хотя и с оттенком патриархальности) к нам отношение, за возможность заниматься в круге клинической психотерапии тем, чем хотелось. Моя благодарность В.Е. Рожнову особенна еще и тем, что я мог работать в психотерапии, которая, в сущности, была Терапией духовной культурой (в сегодняшнем понимании). В.Е. Рожнов называл это «Эмоционально-стрессовая психотерапия». Началась она со стрессовых рвотных противоалкогольных гипнотических сеансов (Методика коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии алкоголиков В. Е. Рожнова), но потом, в процессе совместной нашей работы, захватила в себя и психастенические, депрессивные расстройства, расширившись до психотерапии, обращенной «к духовным компонентам личности», пробуждающей «насущную потребность самоусовершенствования» (В.Е. Рожнов, 1985, с. 30). Концепцией эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова я долгие годы жил, понимая ее, прежде всего, как возможность работать в этом духе и надеясь, что слово «концепция» по-настоящему себя оправдает. К сожалению, концепция еще не превратилась в истинную концепцию (систему научных взглядов), а осталась рыхловато-благородным психотерапевтическим призывом жить и работать на душевном, духовном подъеме. Со временем широкое, личностное толкование эмоционально-стрессовой психотерапии потерялось по причине устоявшегося уже (и в других странах) представления о стрессе как напрягающем организм «ударе», на что сетовал еще Г. Селье. Эмоционально-стрессовая психотерапия и понимается сегодня у нас, в основном, как терапия лечебными «ударами». Но Терапия творческим самовыражением, которая в самых общих чертах (как вдохновенное обучение пациентов элементам психиатрии) сложилась у меня уже к 1970 г. (Бурно М., 1970), могла содержательно, основательно развиваться в этом рожновском эмоционально-стрессовом психотерапевтическом климате как «эмоционально-стрессовая психотерапия творческим самовыражением». Одновременно немало я увлекался клинико-психотерапевтическим изучением гипноза.

Классические диагностические обозначения душевных расстройств, обозначения по Международной классификации болезней 9-го пересмотра (МКБ-9) я соотнес с современной

МКБ-10. Но только соотнес, а переделывать устоявшиеся классические клинические названия в сегодняшние международные эклектические, часто громоздкие и маловыразительные, как это теперь часто делают, — не стал. Да и С.Ю. Циркин в своем предисловии к русскому изданию «Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ. СПб.: АДИС, 1994» подчеркивает, что «МКБ-10 предназначена прежде всего для статистических целей» и «не должна подменять собой концептуальных классификаций, сохраняющих свое значение для психиатрической науки и практики» (с. 6).

Мне осталось душевно поблагодарить тех, без кого не было бы этой книги.

Моих родителей-психиатров Софью Наумовну и Евгения Иосифовича Бурно — за то, что когда-то родился у них на территории большой московской психиатрической больницы и с детства среди домашних разговоров о душевнобольных, о характерах вообще впитал в себя психиатрический клиницизм.

Моих пациентов и коллег.

Мою жену Аллу Алексеевну Бурно, тоже психиатра-психотерапевта, с которой мы уже 36 лет с глубоким одухотворенным созвучием, взаимопониманием говорим о клинической психотерапии.

Российскую медицинскую академию последипломного образования — РМАПО (нынешний ректор — член-корреспондент РАМН, профессор Лариса Константиновна Мошетова). Это бывший Центральный институт усовершенствования врачей. Здесь работаю уже более 30-ти лет с возможностью исследовательски погружаться в тонкости психотерапевтического процесса и совершенствовать свои размышления, наблюдения, а иногда и обретать творческие озарения в живой педагогической работе с врачами и психологами.

Заведующего кафедрой психотерапии и медицинской психологии РМАПО, президента Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, президента Европейской ассоциации психотерапии профессора Виктора Викторовича Макарова за предложение издать эту книгу моей психотерапевтической жизни.

Издательство «Академический Проект», согласившееся выпустить эту, уже вторую, мою книгу в свет — и тоже в академически-праздничном исполнении.

Август 2000 г.

Глава 1

СУЩЕСТВО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

1.1. О психотерапевтическом клиницизме: пример клинического мышления в терапии творчеством (Из «Докторского доклада», 1998*)[115)]

Установлены следующие особенности работы с пациентами различных клинических групп: 1) психастеникам — побольше научно-лечебной информации, чувственного оживления; 2) астеникам — заботы, доброты, художественной, лирической эмоции; 3) дефензивным циклоидам (обычно склонным к целебной вере в своего психотерапевта) — краткая научно-лечебная информация, эмоционально-подробное, юмористически мягкое, жизнеутверждающее воздействие авторитетом психотерапевта; 4) дефензивным шизоидам — помочь творчески, общественно-полезно выразить свою аутистичность, видеть подлинные ценности в людях другого склада; 5) дефензивным эпилептоидам — помочь находить положительное в людях, не согласных в чем-то с ними, общественно-полезно претворить в жизнь свою честную авторитарность; 6) дефензивным истерическим психопатам — помочь научиться заслуживать внимание людей пусть демонстративным, но общественно-полезным самовыражением; 7) ананкастам — помочь сделать навязчивые переживания содержанием творчества; 8) дефензивным малопрогредиентно-шизофреническим пациентам — на почве особого интимного психотерапевтического контакта (невозможного в работе с психопатами) помочь пациенту, неустанно его активируя, творчески общественно-полезно выразить в жизни свою личностную полифонию, расщепленность-сюрреалистичность, имеющую свою особую ценность-гармонию.

---

* Так, для краткости, обозначаю «Диссертацию в виде научного доклада на соискание ученой степени доктора медицинских наук». Поставленное вверху справа число (115) означает номер в списке работ автора, выпущенных в разные годы и составляющих эту книгу (находится в конце книги).

1.2. Что есть клиническая психотерапия (КПТ)? (Из «Справочника по клинической психотерапии», 1995) [85)]

Так принято называть, особенно на Западе, психотерапию весьма выраженных патологических (клинических) расстройств — в отличие от психотерапии личностных трудностей (проблем) без явной патологии (т. е. не у пациентов, а у «клиентов»). Однако, в соответствии с клинико-психиатрической традицией стран немецкого и русского языка, под КПТ понимается особая **система** психотерапевтического воздействия. Суть ее в том, что психотерапевт-клиницист врачебно сообразует разнообразное целебное воздействие средствами своей души с особенностями клинической картины (включая в нее и личностную почву во всех подробностях) — независимо от того, насколько здесь выражена патология (это могут быть и душевные трудности, условно укладывающиеся в рамки здоровья). Клиническое мироощущение психотерапевта основывается на продуманной, прочувствованной убежденности в единстве материи (тела) и духа при первичности-изначальности материи-природы. При этом сам психотерапевтический процесс понимается в биологической основе своей «организмически» — как душевное отворение биологических аптек пациента, и этими биологическими движениями обусловлены и самые тонкие, возвышенные целебные духовные движения, переживания. Лишь обусловлены, но не тождественны им, ибо они сотканы из совсем других, нематериальных, духовных нитей, не существующих, однако, без материи.

КПТ в настоящем, классическом смысле сложилась к концу первой трети нашего столетия в клинической психиатрии стран немецкого языка и в нашей стране (Эрнст Кречмер, 1888–1964, Тюбинген; Семен Консторум, 1890—1950, Москва) и неотделима от клинической медицины — в отличие от широко известных неклинических психотерапевтических подходов (напр., психодинамическая, экзистенциально-гуманистическая, трансперсональная, психологически-эклектическая психотерапия). Итак, клинический психотерапевт обычно именно в силу своего врожденно-материалистического ви́дения-переживания мира чувствует и понимает материю (тело) как изначальное, первичное по отношению к духу, как саморазвивающийся источник вторичного уже духа. Поэтому в основе самого сложного душевного переживания клиницист обнаруживает знакомые ему из других клиник закономерности общей физиологии и патологии. Он может быть по-чеховски глубинно-одухотворенным челове-

ком в том смысле, что превыше всего ценит душевное, духовное движение и отнюдь не считает, не ощущает его утонченно-материальным (в отличие от вульгарных, недиалектических материалистов), но в то же время он убежден, что это духовное само по себе не существует без материи (тела) и тесно связано своими особенностями с особенностями материи (напр., телосложением). И его описания сложных переживаний, и его одухотворенные психотерапевтические воздействия поэтому выглядят вполне реалистическими. Неклинический психотерапевт есть психолог в том смысле, что, прежде всего в силу своей природы, своего аутистически-идеалистического мироощущения, чувствует и понимает дух как изначальное, первичное, «рассыпанное» в людях, и материя, конкретное человеческое тело, в данном случае является не источником нематериального, духовного, а лишь его приемником, «сосудом» для духа. При этом часто речь идет не об особенностях характера, которые и для идеалистического, религиозного человека могут отвечать телесным особенностям и быть с ними тесно связанными в единый «сосуд», а о духовном, личностном. Именно оно (как частица Бога, Вечного Разума, Красоты, Гармонии) существует изначально, само по себе, наполняет собою данный «сосуд» и принципиально отличается от этого «сосуда»-приемника. Одни верующие психотерапевты с давних пор главной задачей своей полагают — помочь человеку проникнуться той или иной целительной религиозной системой (Я. Марциновский), другие видят пропасть между религией и психотерапией и ограничивают психотерапию в основном помощью телесно-характерологическому «сосуду»-приемнику, с которым связано качество духовного изображения (В. Кречмер). Иные неклинические психотерапевты считают себя и вовсе атеистами (как З. Фрейд), но и для них существует некая чисто психическая (психодинамическая) сила, правящая людьми и миром. Личность отдельного человека рассматривается всюду здесь не как исключительное богатство данного человека, его природы и воспитания, не как обусловленное прежде всего конституциональными (телесными, характерологическими) особенностями, а как песчинка, искра изначальной высшей бесконечно разнообразной Духовности, Личности, Бога (например, в том смысле, как сказано в Православном Катехизисе епископа Александра [Семенова-Тян-Шанского, 1990]: «Поистине и до конца жизни личен только Бог»). Изначальный, вечный, бесконечный Дух, Бог, потусторонний, трансцендентный мир, Гармония обнаруживают себя в искусстве, в науке, в психотерапевтических концепциях и приемах, понятно, не в че-

ховски-реалистических формах, а в пастернаковски-символических, знаковых, иероглифических, мифологических. В любом случае неклинический психотерапевт серьезно не опирается в работе своей на конституциональные личностные варианты (в них всегда проглядывает телесная [биологическая] основа-особенность) и дифференциальной диагностикой не озабочен. Поэтому неклиническими психотерапевтами с успехом сплошь и рядом работают и не врачи. Для клинициста же, как для человека с обычно естественнонаучным мироощущением, между эмоционально-волевой индивидуальностью (характерологическое, душевное) и индивидуальностью, включающей в себя еще и особенности мышления и самосознания (личностное), нет пропасти, как нет ее и между чувством вины живущей с людьми собаки с поджатыми ушами, виноватостью во взоре (напр., за свое «свинство») и чувством вины человека, а есть эволюционное единство.

Таким образом, аутистически-идеалистическое мироощущение и реалистически-материалистическое, как и вообще душевные, духовные особенности, имеют свои биологические основы. Так и особенности душевной (психической) защиты (приспособляемости) в здоровье и в болезни, для клинициста тесно связаны с биологическими закономерностями саморазвивающейся (самоприспосабливающейся) Природы. И клиническая психотерапия есть прежде всего изучение стихийной самозащиты Природы-Духа в данном конкретном случае с целью сознательно помочь стихии совершеннее защищаться от болезнетворных воздействий (внешних и внутренних), но прежде всего не вредить удачной природной защите.

И клинический, и неклинический (психологический) психотерапевтические подходы равно необходимы в нашей психотерапевтической экологии, практике, прежде всего потому, что одни пациенты природой своей особенно восприимчивы к одному подходу, а другие — к другому, притом, быть может, только к одной из созвучных им определенных «веточек» какого-то подхода. Так, например, если в процессе клинической психотерапии выясняется, что пациент весьма предрасположен к аутистически-символическому видению жизни в духе определенного психоаналитического направления и помощь психоаналитика здесь может быть глубже, нежели **Клинико-аналитическая психотерапия**, возможно, следует направить своего пациента к психоаналитику. Подобное, но наоборот, возможно пожелать психоаналитику, если и он чувствует себя малоспособным к клиническим психотерапевтическим воздействиям,

к которым предрасполагают конкретная клиническая картина, реалистические особенности мышления пациента и т. д.

Обычные психотерапевтические методы, приемы, которые по-своему, клинически, обычно смешивая друг с другом сообразно клинике, личностным особенностям, применяет клиницист, это — **Суггестивная психотерапия, Гипнотерапия, Рациональная (когнитивная) психотерапия, Психическая саморегуляция, Групповая психотерапия, Поведенческая психотерапия, Активирующая психотерапия, Клинико-аналитическая психотерапия, Психотерапия духовной культурой**. Таким образом, КПТ в клиническом преломлении использует практически все жизненные психологические, психотерапевтические «механизмы».

Из самого названия явствует, что КПТ (в классическом ее понимании) показана при всех клинических картинах. И если в ряде случаев она не может помочь так серьезно, как специальные неклинические психотерапевтические системы, приемы, то, во всяком случае, она врачебно-честно выводит пациента на дорогу иной, более эффективной для него помощи — например, психоаналитической, трансперсональной.

1.3. Клиническая психотерапия и психотерапия психологическая (1993) [73)]

Во второй книжке «Московского психотерапевтического журнала» за 1992 год в содержательной, наполненной духовно-интеллектуальными узорами статье «Единство и многообразие психотерапевтического опыта» В.Н. Цапкин дает пеструю, бесконечно запутанную картину сегодняшнего психотерапевтического мира, «вавилонское смешение языков психотерапии». В.Н. Цапкин считает, что в психотерапевтической культуре, отражая «целостность человеческого бытия», сосуществуют три основные дополняющие друг друга силы. Это (1) психоаналитическая терапия, основывающаяся прежде всего на инфантильных, бессознательных переживаниях («инфантильный жизненный мир»); (2) бихевиорально-гуманистическая психотерапия, главная задача которой — «удачная, реалистическая адаптация» («реалистический жизненный мир»); (3) экзистенциально-гуманистическая психотерапия, направленная на основные аспекты «ценностного жизненного мира» («внутреннюю жизнь, ценностное самоопределение, выбор и ответственность и т. д.») (Цапкин, 1992, с. 25). Думается, однако, что психотерапевтическая культура

не может быть полной без клинической психотерапии, как философская культура не может быть полной без духовно-живого, диалектического материализма. Клиническая психотерапия Э. Кречмера и С.И. Консторума как традиционная отечественная психотерапия вышла естественно-органически прежде всего из клинической пограничной психиатрии, основательно развивающейся с начала нашего столетия преимущественно в странах немецкого языка и России. Она не виновата в том, что могла развиваться у нас даже в сталинские и застойные времена, поскольку в основе своей имеет клиническое (диалектико-материалистическое) движение мысли и чувства. Конечно, она развивалась в это время вяловато, с вульгарно-физиологическими, догматическими нотами, так как не могла экологически свободно, на равных взаимодействовать с запрещенной у нас тогда психологической психотерапией. Так было во всяком случае до конца 60-х годов, пока не развернулась и у нас, благодаря оттепели, психологическая патогенетическая психотерапия В.Н. Мясищева и затем психологическая групповая психотерапия, подобная терапевтическим группам в тогдашних европейских социалистических странах. В наше время и в США уже развивается клиническая психотерапия под названием «медицинская психотерапия» (Shemo, 1986, 1988; Mann, 1989). Примечательно, что Дэвид Манн, психиатр из Бостона, ставит в своей статье странный для нас вопрос: могут ли и должны ли психотерапией заниматься врачи? И приходит к тому, что психотерапия необходима в психиатрической работе, что она — «насущная медицинская процедура» (Mann, 1989, p. 413). Клиническая психотерапия, несомненно, включает в себя основные моменты всех трех указанных выше В.Н. Цапкиным психотерапевтических подходов, так же отражая «целостность человеческого бытия», но в ином, клиническом, преломлении (М. Бурно, 1989).

В чем существо отношения В.Н. Цапкина к клинической психотерапии? В том, что она в отличие от психологической (в широком смысле) психотерапии агрессивна во благо пациента, то есть борется с болезнью, страданием с целью уничтожить их. Психологическая же психотерапия видит в страдании не врага, а «неотъемлемый аспект существования человека в мире», переживание как «некую работу души». И в соответствии с этим психологический психотерапевт не стремится устранить это переживание, а способствует «его полному осуществлению», «переводит “страдание как боль” (от которой надо избавиться) на иной язык, где это страдание является неотъемлемым компонентом существования

данного человека в мире» (с. 31). Думаю, что это неверное понимание клинической психотерапии. Уничтожить вот так хирургически-механически болезненное расстройство — есть цель не клинической психотерапии, а «фельдшеризма». Клиницизм — все же научное искусство, он есть мироощущение, а не ремесло, не техника. Ремесленнический (не творческий) подход в науке и искусстве всегда унижает искусство и науку. Хирург-клиницист никогда не будет просто удалять ножом больное (в отличие от хирурга-ремесленника). Он, как духовный наследник Гиппократа, станет помогать Природе (природе организма в данном случае) избавиться от этой безнадежно больной части тела, дабы сохранить все остальное. Если бы стихийная Природа сегодня защищалась совершеннее от вредоносных воздействий, то она и без клинициста-хирурга выбросила бы из организма гнойный аппендикс. Во всяком случае на операции мы видим ясно, как все в организме к этому шло (а может быть, в первобытно-крепкую старину иногда и доходило до выброса-выздоровления). Таким образом, задача, цель клинициста (в том числе клинического психотерапевта) не в том, чтобы технически устранить страдание, а в том, чтобы, рассматривая клиническую картину, почву, по возможности понять, как защищается сама Природа и помочь ей (если возможно), отправляясь от клиники, в которой «записана» уже природная самозащита. Для этого необходимо диалектически-материалистически исследовать-знать Природу (природу тела и души, природные характеры, болезни-страдания, то есть клинику, клиническую почву). Тут своя бездна закономерностей и тайн. Клиническая психотерапия (и только она!) есть область клинической медицины. Заниматься ею в истинном смысле способен лишь врач-клиницист, владеющий клиническим мышлением и чувствованием, которые вырабатываются только в живом (в лабораториях и клиниках) изучении болезней, природных защитно-приспособительных сил, реакций организма (в том числе и душевно-психологической защиты), составляющих основу физиологии и патологии. Когда погружаю пациента в гипноз, то вызволяю гипнотизацией его определенную индивидуальную (в соответствии с конституцией, клиникой) душевно-телесную защиту (например, в виде суженного сознания или деперсонализационного состояния), которая сама по себе и есть гипноз как «подарок Природы». Другим «подарком Природы» может быть творчество. Когда советую психастенику изучить по книгам и в творчестве свой характер и характеры других людей, то этим самым помогаю ему с его постоян-

ным конституционально-природным переживанием своей душевной неестественности-неуверенности с засильем въедливого анализа, с его слабой способностью чувствовать людей эмоционально-интуитивно — помогаю ему поначалу «от ума» разбираться в людях, в себе, в ценностях каждого характера, утверждаться в том, что *для каждого свое по природе его*. А то и подтолкну к этому клинико-психотерапевтическим, художественным рассказом. Или пациенту с резистентной к лекарствам депрессией в нашем совместном общении с гравюрой Дюрера «Меланхолия» попытаюсь объяснить, открыть, что Страдание и стихийно лечится Творчеством, что глубокое научное, художественное творчество невозможно без страдания, надобно только осмыслить страдание (проникнуться его смыслом), чтобы знать, во имя чего выживаешь, страдая. Другому пациенту, в соответствии с иной структурой депрессии, подспудно-неназойливо помогу сделать выбор, взять на себя ответственность. Или подскажу с помощью лечебной группы, как возможно выживать через доброту к тем, кому еще тяжелее, как делали это и Питер Брейгель Старший, и Андрей Платонов. То есть буду клинически способствовать как раз «полному осуществлению» (В. Н. Цапкин) переживания. И, значит, не позволю себе, как называет это Вячеслав Николаевич, хирургически отрезывать страдание-переживание — «сущностно важный “орган” человеческого существования» (с. 31). В этой же книжке журнала известный физик Фритьоф Капра в своих воспоминаниях о встречах, беседах со Станиславом Грофом и Рональдом Д. Лэингом (отмечу, кстати, прекрасный перевод В. Н. Цапкина) блестяще, в тонкостях рассказывает содержание их психотерапевтических концепций (Капра, 1992). И это удается ему, потому что рассказывает не о клинико-психотерапевтических, а о психолого-психотерапевтических концепциях. О клинической психотерапии шизофрении или психастении не-клиницист не мог бы толково, профессионально рассказать, потому что здесь дело не в теоретических конструкциях-ансамблях, а в клинической врачебной практике, дифференциальной диагностике. Клиническую психотерапию невозможно отделить от клинической психиатрии, медицины вообще.

По моему убеждению, истинным клиническим психотерапевтом может быть только врач, по природе своей (таким уж родился) чувствующий первичным, изначальным материю, тело. Телесно-человеческое для него как частица саморазвивающейся стихийной Природы — не приемник духа, а его источник. Так он *чувствует*, прислушиваясь к душевно-

му, духовному движению в себе, и с этого начинается его клиническое (диалектико-материалистическое) мироощущение. Он нередко поклоняется Духу, духовной культуре как главнейшей ценности в Космосе. Но самые утонченные, поэтически одухотворенные движения духа для него вторичны по отношению к материальному телу, без него в живом, чистом виде не существуют. Телесное в виде особенностей телосложения (вплоть до формы глаз, ушей, лысины, строения радужки), в виде гормонально-влеченческой базы любовных переживаний, стремления к власти, биологически родственного поведению, например, вожака обезьян, в виде разлаженности в шизофренической мимике и т. д. — все это телесное клиницист постоянно ощущает сквозь самое нежное, деликатное свечение духа, чувствуя-понимая это телесное именно как источник духа. Так клинический психотерапевт и в состоянии пациента, которому пытается помочь, всегда видит-чувствует телесную основу в виде саморазвивающейся (по Дарвину) Природы. Духовное движение само по себе для него, конечно же, идеально, но, повторяю, не существует без тела, материи и развивается в соответствии с теми же общими закономерностями физиологии и патологии, хотя и в «снятом», общественно-усложненном виде. Идеальное пациента мы не способны «пощупать» медицинской техникой, лабораторией (в отличие от его телесной подоплеки). Мы способны по-настоящему общаться с ним лишь своей собственной душой — «клинической» или «психологической». В.Н. Цапкин отмечает, что клинический психотерапевт «будет “втискивать” пациента в прокрустово ложе того или иного характерологического типа» (с. 17). Сказать так — это все равно что сказать, что врач «втискивает» всякого больного в диагноз. Но разве без этого поможешь многим, многим больным? Даже если это терапевты-психологи? Страдающий человек часто сам идет не к психологу или священнику, а к врачу, идет за диагнозом, так как связывает с диагнозом и прогноз, и способы лечения. Клиническая психотерапия — психотерапия преимущественно для серьезно страдающих людей (с диагнозами).

Клинико-психотерапевтически (т. е. отправляясь в своих психотерапевтических воздействиях от клинической картины, в основе которой клиницисту видится-чувствуется биология-природа) возможно и внушать, разъяснять, угашать записанным шумом поезда и соответствующими слайдами страх езды в метро, и в клинико-аналитических беседах помогать пациенту осознать то, что он не может осознать сам и что держит его в болезненном напряжении. Возможно и кли-

нически помочь пациенту ценностно самоопределиться, найти, выработать свой (в соответствии с душевным складом) светлый смысл существования, например, в процессе терапии творческим самовыражением (Бурно М., 1989). Таким образом, все три отмеченные В.Н. Цапкиным основные, дополняющие друг друга психотерапевтические силы могут быть клинически преломлены. Понятно, что основной круг пациентов для клинической психотерапии — это пациенты с так называемым реалистическим складом души (циклоидные, психастенические, астенические, многие пациенты с неврозоподобной шизофренией и некоторые другие). Психологический психотерапевт (даже врач по образованию) по своей иной природе* чувствует изначальным духовное, ощущает себя как приемник, «телевизор» (Грофовский образ) этого изначально духовного. Различные телесные «аппараты» дают и различные «телевизионные» изображения Духа. Эти различные изображения, видимо, и есть в том числе различные психологические психотерапевтические концепции, созвучные различным пациентам, но общее тут — понятная незаинтересованность клиникой, врачебной дифференциальной диагностикой. Все это теряет здесь свою «источниковую» ценность, когда тело — лишь «аппарат», коробка, временное пристанище духа. Психологическая психотерапия обращена прежде всего к пациентам идеалистического склада. К ней, кстати, «выходят» пациенты такого рода и из процесса клинической психотерапии, почувствовав благодаря ему, что им ближе иной, а именно *психологический*, путь. Но психологическая психотерапия, думается, не есть психотерапия более совершенная, более качественная, более человеческая, нежели клиническая психотерапия. Борисов-Мусатов не совершеннее Поленова, и наоборот. Необходимо и то, и другое — для разных людей (в том числе для разных пациентов), для человеческого прогресса. В мировой психотерапевтической культуре развиваются и, убежден, будут развиваться в полнокровном творческом взаимодействии оба психотерапевтических подхода — и клинический (приземленный с точки зрения психолога), и психологический (поднимающийся над земной жизнью с точки зрения клинициста). Ведь так было еще в стихийно-древних психотерапевтических формах — с тех пор как живут на Земле люди. Высокой психотерапией может быть всякая психотерапия, лишь бы она была нравственной в общечеловеческом смысле.

---

* Особенности ее запечатлены еще в знаменитой книге Э. Кречмера «Строение тела и характер» (первое издание — 1921 г.).

1.4. Клиническая одухотворенная психотерапия и феноменологическая психиатрия — светлые грани созвучия (1997)* [95)]

Как клинический психотерапевт, работающий сейчас, прежде всего, приемами терапии духовной культурой, я, понятно, неравнодушен к феноменологической психиатрии, которая сама по себе, вся насквозь, есть незаметная внешне, но внутренне одухотворенная психотерапия (Бинсвангер, Ясперс, Курт Шнайдер, Бруханский, Босс, Минковский). Феноменологической психиатрии близка по своей психотерапевтической сути экзистенциально-гуманистическая психотерапия (Маслоу, Роджерс, Франкл, Мэй, Бьюдженталь). Вообще говоря, слова *«феноменологический»* и *«экзистенциальный»* в психиатрической и психотерапевтической литературе нередко синонимы. Конечно, экзистенциалист Хайдеггер подчеркивает, что экзистенция (*существование*) есть «бытие в мире», «озабоченность вещами и забота о близком сущем», «совместное бытие с встречающими его людьми», а не «самозамкнутая субъективность» (Хайдеггер, 1994, с. 112). Но, с точки зрения клинико-психотерапевтической, естественнонаучной, по-моему, и хайдеггеровская «экзистенция», и гуссерлевские феноменологические духовные сущности, эйдосы, «смыслосозидающая интенциональность», «бытие-вместе-с-другими» — есть сложные движения изначальной Духовности в людях в виде, например, таких экзистенциалов, как Совесть, Добро, Смысл, Душевная чистота (в том числе и в непосредственных человеческих отношениях). Ведь и цель разнообразных подходов экзистенциально-гуманистической психотерапии — целебное способствование развитию самого человеческого в человеке. И это «самое человеческое» здесь также понимается не естественнонаучно (клинически), не как духовный свет, нематериальное свечение природной, телесной материальности человека, а как сияние великой изначальной Духовности, Красоты, Истины. Как клиницист-реалист, практик, конечно, многое здесь упрощаю, но это мой земной мир, в другом мне труднее дышать.

Итак, в чем же, по-моему, при всем утонченно-запутанном (для меня), сложно-кружевном многообразии в этой волшебно-духовной области терапии духовной куль-

---

* Доклад на II Консторумских чтениях (27 декабря 1996 г.) в Москве (Независимая психиатрическая ассоциация России).

турой, основные, внутренне связанные между собою, отличия одухотворенной клинической психотерапии от экзистенциально-гуманистической, феноменологической психотерапии, — отличия, которые, думается, есть диалектически одновременно и светлые созвучия? *

1. Для самого одухотворенного клинициста-материалиста человеческое тело есть все же природно-материальный *источник* духа. Так он чувствует своею природой, и в этом убежден. Убежден, в отличие от, например, глубоко религиозных врачей (таких, как хирург Войно-Ясенецкий или психиатр Мелехов), для которых, при всей их глубокой заинтересованности клинической картиной, тело есть все же прекрасный *приемник* Духа, нередко подвластный врачебной починке. И философскую основу классической клинической одухотворенной психиатрии-психотерапии Крепелина, Корсакова, Э. Блейлера, Э. Кречмера, Ганнушкина, Консторума все-таки составляет естественнонаучное диалектико-материалистическое мироощущение. Духовный клиницист-материалист, для которого подлинная реальность — не предопределяющий дорогу каждого из нас Дух, а стихийно саморазвивающаяся Природа-материя, гиппократовски присматривается к сложной природной самозащите (душевной тоже), стараясь лечебными приемами (в том числе одухотворенно-психотерапевтическим воздействием) естественно оживлять и, по возможности, поправлять целительную работу всегда стихийной Природы.

Для экзистенциально-гуманистического, феноменологического психотерапевта то, что принято называть Духом, — телом не источается и, стало быть, существует в той или иной мере самостоятельно, не подчиняется общеклиническим закономерностям (например, изученным уже способам защитно-приспособительного организмического реагирования). Биология, физиология здесь отделены бездонной пропастью от движений Духа, а Дух движется по своим сложно-извилистым дорогам, тропинкам, сказочным пещерам, высвечивая различные феноменологические, экзистенциально-гуманистические исследовательские подходы к нему. Разнообразные эти подходы в случаях целебного воздействия отвечают, прежде всего, разнообразным созвучным одухотворенно-аутистическим переживаниям пациентов, которыми являются, в широком смыс-

* Серьезно помогла мне осмотреться в этих отличиях-созвучиях и проникновенная работа Ю.С. Савенко (1992) с кратким размышляющим изложением феноменологического метода.

ле, для самих себя и сами психотерапевты, психиатры, философы. Роднит их, однако, сравнительное безразличие или даже неприязнь к естественнонаучным психотерапевтическим разъяснениям о психопатологических симптомах, синдромах и характерах людей.

Вот, по-моему, первое, основное, мироощущенческое отличие одухотворенной клинической психотерапии от феноменологически-экзистенциальной, но оно же, это отличие, есть и созвучие — созвучие в духовности. Оба подхода направляют психотерапевта и пациента к духовным переживаниям. Речь идет о пациентах с душевно-духовным неуютом, чувством неполноценности, с тягостными раздумьями о бессмысленности своего существования, о добре, зле, совести, смерти, ответственности, беспомощности и заботе. Помощь оказывается в том и другом случае, прежде всего, также духовными способами, одухотворенно-психотерапевтическим переживанием психотерапевта. Его «трепетным» отношением к «предмету постижения», его «чистой душой» (Савенко, 1992, с. 125), неповторимой духовной индивидуальностью, духовной культурой, искренним теплым вниманием ко всякому благородно-творческому движению души пациента. Кто-то станет смеяться над раздумьями о лечебных свойствах духовной чистоты психотерапевта, как и над целебно очищающим человека действием личности священника, святого или даже самого Христа. Но многие, испытавшие это воздействие, согласятся с тем, что лечение одухотворенно-внимательной доброжелательной заботой, чистотой есть еще не исследованное поле психотерапии.

Недавно, кстати, одна духовно сложная пациентка, побывавшая в не-психотерапевтическом стационаре, поведала: «Они там лечат экзистенциальные переживания электрошоком, чтобы их не было». При этом, конечно же, одухотворенный клиницист, трезво исходя из клиники, не станет пытаться пробудить духовность, экзистенциальные переживания, например, в руинах алкогольной деградации или старческого слабоумия, поскольку здесь истинно духовных переживаний, с точки зрения клинициста, не существует. Но одухотворенно-клиническое мышление, как и феноменологическое (естественное, интуитивное), — в известной мере тоже естественное, естественнонаучное, следующее Природе.

2. Одухотворенный клиницист описывает состояние пациента, психотерапевтический процесс живыми, «писательскими» словами, в которых, однако, откровенно звучит его клиническое размышление, клиническое переживание (вспомним, к примеру, клиническую прозу Корсакова,

Э. Кречмера, Ганнушкина, Консторума). Феноменолог, экзистенциалист в своем духовном постижении-описании пациента стараются отбросить все концепции, психологические толкования, осмысливания, пристрастия, дабы прийти к «непредвзятому непосредственному пониманию психического таким, каково оно есть» (Ясперс, 1994, с. 45). В этом различие. А созвучие — в художественно изображаемом психотерапевтическом сопереживании с пациентом. «Тот, кто переживает, — пишет Ясперс, — скорее всего и находит подходящее описание. А психиатр, занятый только наблюдением, напрасно бы стремился сформулировать то, что больной человек может рассказать о своих переживаниях» (Ясперс, 1994, с. 44). Это точно так и для одухотворенного клинициста, ибо он тоже работает личностно, не только мыслью, но всей душой, тоже стараясь «вчувствоваться», эмпатически. И сопереживание экзистенциально-гуманистического, феноменологического психотерапевта также не может не быть личностным, творческим. А значит, особенность души, духа того, кто пишет, — окутывает, пронизывает и здесь историю болезни, участвует в создании живого, нетерминологического образа пациента, по поводу которого специалисты смогут размышлять, спорить и через тысячу лет, когда уже термины переменятся. Поэтому язык историй болезней, например, пациентов и Ясперса, и Э. Кречмера дышит слиянием высокой интуитивности-художественности с научной точностью, хотя в первом случае видится углубленно-аутистическая, как бы суховато-прозрачная, утонченно-нежная структура этого слияния, а во втором — реалистически-земная, изобразительно-живая, строгая в своей сочности. Видимо, трудно убежать в творчестве от душевного своего склада даже феноменологическому творческому психиатру*.

3. Клиническая психотерапия — единая пашня, которую возделывают клиницисты, дополняя, поправляя друг друга. Как Консторум развивает Э. Кречмера, так будущие клинические психотерапевты «перелопатят» сегодняшнюю классику. Но лики классиков, несомненно, останутся в этом едином клиническом поле совместной духовной работы.

Экзистенциально-гуманистические, феноменологические направления (их так много сейчас) не составляют в этом смысле единого поля, не поправляют, не добавляют, в сущности, не развивают одно другое. Каждый автор работает здесь, в основном, сам по себе и мало опирается на предше-

* См. истории болезней пациентов Ясперса (1996).

ственников. В 1952 году пожилой Хайдеггер, которого Ясперс, как утверждает В.В. Бибихин (1994, с. 101), мало читал и не понимал, пишет еще более пожилому Ясперсу (после их многолетней, хотя и трудной, с перерывами, дружбы): «Я тщательно изучу Ваши сочинения; правда, с годами я становлюсь все более экономным и медлительным читателем» (Хайдеггер, 1994, с. 104). Так и экзистенциально-гуманистические, феноменологические психотерапевты могут, в лучшем случае, оказывать влияние друг на друга, подобно тому, как это происходит среди художников.

Созвучие же опять в личностности, одухотворенности подходов. Судьба открытия и здесь, и там все же решается не знакомством с литературой вопроса, не количеством наблюдений и статистической обработкой, а силой личностного, неповторимого взгляда на мир, силой уникального творческого переживания. Вольфганг Кречмер рассказывал мне, что и его великий отец (клиницист Э. Кречмер) не жаловал вниманием, тщательным изучением, цитированием многих других авторов, трудившихся в этой же области. Старые букинистические книги феноменологов и клиницистов (психиатров, психотерапевтов) стоят сегодня дорого именно потому, что в них живут неувядающие, неустаревающие души авторов.

4. Чаще одухотворенный клиницист-материалист есть атеист, в отличие от экзистенциально-феноменологических психиатров, психотерапевтов. Франкл в своем докладе «Экзистенциальная динамика и невротический эскапизм» (1962) рассказывает, что Хайдеггер, посетив его дом, в знак глубокого согласия с убежденностью хозяина в бессмертии живущего со смыслом, живущего творческим переживанием, даже с осмысленным страданием в душе, написал в альбоме для гостей:

«Что минуло — ушло навсегда;
но прошлое — вернется».
(Frankl, 1967, p. 33).

Тютчев в последние годы жизни в стихотворении «Чему бы жизнь нас ни учила...» (1870) написал, в сущности, об этом же:

«...Не все, что здесь цвело, увянет,
Не все, что было здесь, пройдет!»

Грань созвучия видится мне в том, что и для одухотворенного клинициста все творческое, даже глубокое неповторимое страдание, — само по себе есть прекрасное и, как хочется чувствовать и думать, вечное в сравнении с тихой безликостью. Религиозный человек, светло чувствуя себя со-

бою в страдании, скажет, что в это время ощущает в себе искру Божию, поскольку лишь Бог личен, лишь Он — подлинный Творец, рассыпающий вокруг Себя искры Своей Творческой Личности. Для Франкла божественное в душе есть Логос, Смысл, для Маслоу — Самоактуализация, для Роджерса — Личностный рост. Для одухотворенного клинициста это светлое переживание есть целебное творческое вдохновение, которым светится тело, природа. Ведь вообще всякое человеческое и просто природное движение каким-то образом изменяет что-то, кого-то рядом с собою, участвует таким образом в судьбах будущих людей, животных, растений в их сложном жизненном взаимодействии. Когда же это движение есть творческое, нравственное, оно производит какие-то изменения в жизни во имя Добра. Эти творческие движения в истории Человечества есть не только подобные поэмам Гомера, музыке Чайковского, размышлениям Ясперса, то есть не только то, что и среди материалистов принято называть бессмертным. Но это, например, и неповторимо-безымянная любовь крепостной девушки, не увековеченной Тропининым, и никому сегодня не известный трогательный рассказ школьника давних времен о своей кошке, написанный на тетрадном листке и сгоревший в русской печи. Все это тоже не могло не повлиять как-то посвоему, через поколения, на становление Добра в людях. Все это безымянное так же бессмертно для одухотворенного клинициста, способного довольствоваться и таким небольшим, теплым бессмертием.

Итак, существо разнообразных созвучий между одухотворенной клинической психотерапией и феноменологической психиатрией, экзистенциально-гуманистической психотерапией в том, что оба подхода личностно одухотворены, обращены к духовным ценностям психотерапевта и пациента, к самому человеческому в человеке. Как практически происходит эта психотерапевтическая работа — экзистенциально-гуманистически, феноменологически или клинически (исходя из клинической картины, дифференциальной диагностики, с лечебно-дружеским преподаванием элементов клинической психиатрии и психотерапии) — это уже другой вопрос. Во всяком случае, это и там, и там — не техники, не тренинг, это — целебная жизнь души, духа. Так же, как два одухотворенных человека с противоположными (казалось бы, несовместимыми) характерами обычно, именно по причине своей одухотворенности, прекрасно друг друга понимают и друг к другу тянутся — среди разных характерами враждующих между собою посредственностей, — так и оба психотерапевтических подхода, о которых здесь

говорю, составляя вместе единую Терапию духовной культурой, есть братья по духу.

Пациенту необходима такая психотерапия, какая ему необходима по природе его. Для одного целебно чувство, ощущение в себе изначального Теплого, доброго Света, Смысла; для другого, по природе его, такое чувство, ощущение изначальности, самостоятельности духа невозможно. Он более тянется к земному теплу, характерологическому познанию себя и других — для дружеского общения с людьми и поиска своей жизненной дороги-тропы, своего, свойственного его природе, смысла. Стало быть, необходимо и то, и другое.

Что еще, кроме Терапии духовной культурой в этом смысле, по-разному помогающей целебно-творчески сблизиться с собою и — через себя, духовно обогащенного, — с подходящими тебе людьми, может смягчить сегодня нарастающую у нас и наших пациентов боль одиночества среди людей, чувство своей безнадежной заброшенности в своем городе, в своей стране, во Вселенной?!

1.5. О клинических психотерапевтических группах (1995)* [84)]

Это клинические группы не только для достаточно тяжелых пациентов, они могут помогать даже здоровым людям с душевными трудностями (например, целебным обучением характерам). Слово «клинический» говорит здесь о врачебном, клиническом мышлении, клиническом мироощущении психотерапевта в этих группах. Клиническое мышление, мироощущение вырабатывается, складывается в достаточной стройности своей (при известной природной предрасположенности к нему) только в клиниках медицинского института, факультета. Это — естественнонаучное, «биологическое» мышление в медицине и здоровой жизни, рассматривающее, например, и здоровую душу через заостренные, гротескные, патологические картины, в сравнении с ними (как говорим, например, об эпилептоидной акцентуации в сравнении с эпилептоидной психопатией). При этом клиницист мыслит-чувствует человеческое тело (в том числе свое собственное) как частицу Материи-Природы, развивающейся стихийно (без потаенной Великой Цели) как источник (не приемник!) Духа. На самом тонком, неж-

* Доклад на конференции «Проблемы и перспективы современной психотерапевтической практики» (Москва, март 1995 г.)

ном душевном, духовном движении для истинного клинициста (в отличие, например, от психиатра-феноменолога) лежит печать материально-природного, телесного происхождения. Так прекрасное тело спящей Венеры художника Джорджоне светится мягкой нематериальной духовностью. Именно с чувством, естественно-научным ви́дением телесного происхождения души, духа связана озабоченность клинициста дифференциальной диагностикой. Для него психопатологические симптомы, синдромы родственны соматическим, подчиняются тем же клиническим закономерностям возникновения, смены, усложнения и т. д., в отличие от психопатологических феноменов Ясперса. Да и самые трепетные нравственные переживания, личностные свойства, составляющие «почву» в клинической картине, неотделимы для клинициста пропастью от анатомии и физиологии. Одухотворенная аутистичность древнеегипетской Нефертити клинически ясно видится и в символических изгибах ее шеи и подбородка.

В этом смысле клинические психотерапевтические группы есть крупицы клинической медицины (медицины, лечащей в соответствии с клинической картиной), а не психологии. В них царствует клиническое научное мироощущение психотерапевта (без психологической, роджеровской недирективности). С таких групп и началась групповая негипнотическая психотерапия в мире. Американский врач Джозеф Прэтт (J.H. Pratt) уже в 1904 г. работал в Бостоне с группами («классами») пациентов с туберкулезом легких, рассказывая им о болезни, о том, как жить, чтобы скорее поправиться, побуждал к целебному обсуждению-спору и дружному преодолению пессимистического настроения. В 1922 г. он выпустил книгу: «Принципы работы с группой и их применение к различным хроническим болезням» (см. у А.Л. Гройсмана, 1969). Московский невропатолог Г.Д. Неткачев (1909, 1913) клинико-психотерапевтически помогал заикающимся в группе, воспитывая у них (и с помощью дневников) наблюдательность, мужество, самообладание, умение высказывать свои взгляды в присутствии всех. В 1919–1920 гг. Эдуард Лейзелл (E.W. Lazell) в Вашингтоне по методу Прэтта работает с больными шизофренией (см. у А.Л. Гройсмана, 1969). В.М. Бехтерев и В.В. Срезневский (1928) в Ленинграде коллективно-клинически работали с больными алкоголизмом, В.А. Гиляровский (1926) и Д.С. Озерецковский (1927) в Москве — с невротиками. Это, конечно, все только примеры первых работ из обширной врачебно-будничной области клинической групповой психотерапии. Но истинно групповой психотерапией при-

нято теперь называть другую, психологически структурированную для больных и здоровых психотерапию (часть психологии), оживленно, аутистически-многообразно наполняющую своей групповой динамикой мир с конца сороковых — начала пятидесятых годов нашего столетия благодаря, прежде всего, Курту Левину, Карлу Роджерсу, Фредерику Перлзу. Однако и клиническая групповая психотерапия сегодня продолжает скромно развиваться и в пограничной психиатрии, хотя нередко и считают ее «устаревшей».

Примером сегодняшних клинических психотерапевтических групп, думается, являются и наши группы творческого самовыражения (в рамках Терапии творческим самовыражением — Бурно М., 1989–1995).

Так же, как Прэтт преподавал соматическим пациентам элементы клиники и лечения их болезней, так и мы преподаем в наших группах элементы пограничной психиатрии и клинической психотерапии. Рассказываем, разбираем вместе не только навязчивости, деперсонализационные, депрессивные и другие психопатологические расстройства, но, главное, — личностную почву в виде различных характерологических радикалов (аутистического, психастенического, синтонного и т. д.). Терапия творческим самовыражением в своих долгосрочных и краткосрочных вариантах показана, прежде всего, достаточно серьезно страдающим, сложным психопатическим и неврозоподобным эндогенно-процессуальным (шизотипическим, бодерлиновым) пациентам с дефензивными расстройствами (тягостным переживанием своей неполноценности). Когда человек заболевает серьезно (но не остропсихотически), ему обычно важно знать пусть элементарную, но реалистическую естественнонаучную правду происходящего с ним. И мы помогаем дефензивному пациенту стать немного психиатром-психотерапевтом для себя самого и для других. Ведь нередко психиатр-психопат стойко компенсирован своей специальностью, профессиональным опытом. И эндогенное душевное неостропсихотическое расстройство у психиатра протекает обычно мягче и имеет более благоприятный прогноз, нежели у примерно такого же пациента-не-врача. Постепенно, рассматривая-изучая вокруг себя характерологические радикалы (личностную почву) товарищей по лечебной группе, радикалы психотерапевта, психотерапевтической сестры, изучая характеры известных художников, писателей, композиторов, ученых, проступающие выразительно в их творчестве, изучая научные, научно-популярные работы о характерах, расстройствах настроения, пациенты все более тянутся к своему, отвечающему их нату-

ре творчеству. В целебно-творческом вдохновении-оживленности они возвращаются к себе, к ощущению и смыслу своего «я» из тягостной тревожной, субдепрессивной личностной неопределенности-рассыпанности. Психологический недирективный психотерапевт в разнообразных одухотворенных психологических группах способствует духовному самораскрытию членов группы без преподавания психиатрии, характерологии. Он, напротив, нередко воспринимает душевный склад, черты характера как презренный забор с гвоздями и как бы призывает выйти за этот забор, соединиться со светом Добра, мировой Гармонии, почувствовать первозданные божественные розы в своей загрязненной жизнью душе. Клинический же психотерапевт, наоборот, одухотворенно-научным климатом группы приглашает пациента глубже войти в сад собственного душевного склада и помогает ему там, познав свои личностные, характерологические ценности, стать бесконечно свободным, уникальным и в то же время аутистическим, психастеническим и т. д., нравственным самим собой — для стойкой компенсации или ремиссии на своей жизненной психопатической, субдепрессивно-процессуальной дороге. И чем больше в мироощущении пациента способности к реалистическому, естественнонаучному переживанию, чем труднее ему почувствовать изначальность-самостоятельность своего духа, тем легче он довольствуется счастьем свободы в рамках своего определенного характерологического радикала или процессуального смешения радикалов, как и реалистически трезво довольствуется своим полом и возрастом. Мы так и говорим в группах о «психастеническом счастье», об «аутистическом счастье». Дефензивным шизоидам, измученным трудностями общения с реалистами и шизоидами с иной, не созвучной им аутистичностью, как выяснилось с годами психотерапевтической практики, клинические группы творческого самовыражения тоже помогают серьезно приспособиться к людям, изучить характеры и понять-почувствовать собственные аутистические, идеалистические ценности.

Сложные аутистические пациенты без достаточно выраженной тягостной дефензивности нередко тяготятся нашими группами, протестуют против «запирания» души в характере, из которого они хотели бы, напротив, выбраться к свету свободы от своей житейской «коробки», от своей «земной индивидуальности». Но и дефензивным нередко бывает дурно в психологических группах, где часто собирается немало пациентов истерического, шизоидного (с истероидностью) склада, где не управляемое клинически психотерапевтом современное мнение группы, подчас агрессивное к дефензив-

ной сложности, ранимости, может «пришибить» пациента за то, что не такой, как все. Самая добрая, одухотворенная недирективность в группе может способствовать, в зависимости от природы человека, не только свободному проявлению в нем добра-доброжелательности, но и зла-агрессивности. Ведь в свое время по этой же причине и в дзэн-буддийских монастырях, как известно, пришлось завести палочную дисциплину. Даю здесь как пример отрывок из исповедей многих дефензивных пациентов в поэтической аранжировке их, тоже дефензивного, врача-психотерапевта (Александри́на).

Вот и все угомонились,
Кровушки моей напились
И, довольные собой,
Оживленною гурьбой
По дороге зашагали,
Напевая «трали-вали».
Каждый сам себе хорош,
На изгоя не похож,
Симпатичен, аутентичен,
Конгруэнтен, эмпатичен.

Я — изгой, иду, заплёван,
Жирной грязью размалёван,
Опозорен, а изгой —
Потому что я другой.
Я один такой ранимый,
Чрезвычайно уязвимый
И холодный, как кинжал,
Что в подвале пролежал.
Говорить со мною можно,
Только очень осторожно:
Мои речи тяжелы,
Всюду острые углы.
И в компании невинной
Коротая вечер длинный,
Я сижу совсем чужой,
Отгороженный межой.

В заключение отмечу, что Психотерапии нужны и психологические группы, и клинические, и психологи, и клиницисты, но клиническая система показаний-противопоказаний к тем и другим группам, думается, должна беречь пациентов от ранений лечением. Вспоминая перлзовскую молитву гештальтиста, хотел бы сказать по этому поводу по-своему, в том духе, как говорим в наших клинических группах. Да, ты это ты, к примеру, — аутист-психолог. А я это я, к примеру, — психастеник-клиницист. И, если есть у нас с тобою богатая грань духовного созвучия, это прекрасно. Но если нет, я не согласен с Перлзом, что этому нельзя помочь (если, конечно, мы не безнравственники). Поможет

клиническое, естественнонаучное мироощущение, в соответствии с которым мы не можем друг без друга. Я поклоняюсь твоей аутистичности, зная, что именно из нее вырастают и теоретическая математика, и теоретическая физика, и астрономия, и конструирование в высших своих проявлениях, и истинная психология, психологическая коррекция, группы встреч, гештальт-группы, и философский идеализм, и аутистическое искусство нежных иероглифов, и пламенная идеалистическая самоотверженность-служение идее Добра. Но ты, быть может, тоже скажешь, что ценишь мою тревожно-практическую заботу о пациенте, мою клиническую осторожность, опирающуюся на выверенную клиническим опытом и временем дифференциальную диагностику и неразрывно связанную с ней систему лечебных показаний и противопоказаний, мою психологическую реалистичность в науке и искусстве. И добавишь, что если, не дай Бог, заболеешь по-серьезному, то придешь не к коллеге-психологу, а ко мне, и за то тоже мне благодарен.

1.6. Экология психотерапии (1992) [73)]

Особенное положение психотерапии в медицине объясняется прежде всего тем, что психотерапия есть воздействие не материальными способами (лекарство, лечебная грязь и т. д.), а душевными. Поэтому в психотерапии часто работают как специалисты не врачи, а психологи, педагоги, гуманитарии (арттерапевты, библиотерапевты, музыкотерапевты), священники. Неклинические психотерапевтические воздействия предопределяются не конкретной клиникой, не личностными особенностями, а главным образом надклинически, надхарактерологически (не дифференциально-диагностически, без нозологических, например, поисков) отмеченным расстройством или конфликтом, толкуемым с точки зрения определенной символически-мифологической психотерапевтической ориентации. Здесь клиницисты прежних времен обычно начинали спорить, называя выдумкой, например, фрейдовский комплекс Эдипа — бессознательное эротическое тяготение *всякого* мальчика к матери как к своей первой женщине с ревностью к отцу и страхом перед ним за возможное отмщение. Подобное убеждение о *всяком* мальчике есть выдумка для клинициста, но многие люди (в том числе совершенно здоровые), по аутистической природе своей чувствующие не материальное, а духовное как первичное, изначальное, принимают комплекс Эдипа (для девочки — комплекс Электры) как истинную правду жизни,

несомненную реальность. Пациентам такого рода будет серьезно помогать психоанализ Фрейда, а другим аутистическим пациентам — та другая психотерапевтическая аутистическая (идеалистическая) система (психоаналитическая, экзистенциальная, гуманистическая, религиозная и т. д.), с которой они испытывают духовное созвучие. Пациент же реалистического склада чаще тянется к клинической психотерапии. Клиницист, конечно же, может психотерапевтическое клиническое воздействие, исходя из клинических особенностей пациента, строить в психоаналитическом или даже в религиозном духе, но тут напрашивается одно сравнение. Глубоко верующий сельский священник даст предрасположенному к религиозной вере человеку (в том числе и как психотерапевт) несравненно больше, нежели столичный религиовед-атеист, грамотно толкующий Евангелие.

Теперь, когда, наконец, нравственные, общечеловеческие ценности признаны высшими и у нас, никто не вправе лишать пациентов идеалистически-аутистического склада того психотерапевтического воздействия, к которому они предрасположены. Искусственный запрет какого-то психотерапевтического направления нарушает весь психотерапевтический ансамбль. И в этом смысле возможно говорить об экологии психотерапии как части «экологии культуры» (термин Д.С. Лихачева).

Необходимо в связи с этим серьезное уважение психотерапевтов различных направлений друг к другу, искреннее стремление помочь пациенту и тем, чтобы вовремя направить его к коллеге, который в данном случае гораздо глубже поможет. Нередко сегодня верующий психотерапевт, чувствуя в себе Бога, духовно убежден в том, что прав в своей вере, а неверующий неправ. Понимаю, что верующий часто не может внутренне думать и чувствовать иначе, не может не сожалеть, что симпатичный ему человек «не поднялся еще до веры», но, по-моему, он ни в коем случае не должен обнаруживать это сожаление перед неверующим пациентом или коллегой. Того же хочется пожелать нашим психоаналитикам в отношении к своим коллегам и особенно к пациентам, не воспринимающим их систему, испытывающим неприятное чувство от разговоров о сексуальных символах и т. п. Таких пациентов следует направлять к другим психотерапевтам и притом так деликатно, чтобы у них не возникло чувства душевной и умственной неспособности к якобы очевидной для разумного человека психоаналитической правде.

И последнее. Следует, думается, всех неклинических психотерапевтов предупредить о возможных осложнениях в состоянии больных, связанных с тем, что определенное психоте-

рапевтическое воздействие не сообразуется здесь с клиникой. Тут могут произойти всякие неприятности — вплоть до истерического ступора и провокации психотического расстройства, как это бывало еще недавно при массовом лечении внушением по телевидению. Дабы поменьше было таких осложнений, неклиническим психотерапевтам хорошо бы время от времени советоваться о своих пациентах с клиницистами.

1.7. Заметки клинициста о неклинической медицине, о целителях (1998) [114)]

Сегодня больных людей в России лечат (в широком смысле) не только медики, но и другие специалисты без медицинского диплома. Это — профессиональные психотерапевты-не-медики: медицинские психологи, социальные работники, арттерапевты, педагогические психотерапевты, библиотерапевты, музыкотерапевты и т. д. Стремятся помогать больным людям (и бывает, помогают с успехом) целители (представители народной медицины — в том числе экстрасенсы, знахари, колдуны, шаманы). Известно, однако, что там, где больные люди чаще обращаются за помощью к не-медикам, точнее, к не-клиницистам, — гораздо больше, нежели в других местах, случаев запущенных злокачественных болезней, выше смертность. Дело, выходит, даже не в том, есть ли у специалиста медицинское образование. Не так уж редко встречаем, например, экстрасенсов с ученой медицинской степенью. Дело, думается, в том, является ли врач *клиницистом*. А не-врач не способен быть подлинным клиницистом, т. к. клиницизм, клиническое мышление, клинический опыт — все это постигается лишь клинической школой (учебной последовательной работой с трупами, животными и у постели больного). Именно клиническая терапия, т. е. терапия, проникнутая клиницизмом, «дышащая» выработанной опытом врачевания дифференциальной диагностикой, показаниями и противопоказаниями, воздействующая на больных осторожно, по-разному в зависимости от особенностей клинической картины, конституции, душевных особенностей, — именно разработанная поколениями клиницистов-реалистов клиническая терапия дает наименьшее количество осложнений. Поэтому развивающийся издревле клиницизм, единый в своей основе для всех стран, времен, и есть столбовая врачебная дорога. В большинстве крупных медицинских учебных заведений мира преподают, в основном, клиническую медицину, во всяком случае, клиническую соматическую медицину, противостоящую

медицине неклинической, т. е. не проникнутой клиническим мироощущением. Существо клинического мироощущения (клиницизма) — природное ощущение клиницистом живого единства тела и духа при первичности тела, материи по отношении к духу. Для клинициста бесконечная во времени и пространстве Материя-Природа развивается стихийно, сама по себе, в соответствии с собственными закономерностями, а люди как сгустки этой Природы, развившейся до осознания себя, помогают Природе развиваться совершеннее — конечно, со своей, человеческой точки зрения (например, выращивая хлеб или по-своему способствуя усилению, совершенствованию организмической лечебной защиты заболевшего от внешних и внутренних вредоносных воздействий). В этом смысле к неклинической медицине относятся все медицинские направления, возникшие самыми сложными своими схемами, «иероглифами» не из рабочего клинико-материалистического опыта, а непосредственно из интуиции. К примеру, иглотерапевт, предложивший свою новую сложную схему точек, на вопрос, как он это все узнал, отвечает, что это ему было послано свыше*. Известные неклинические медицинские направления — это древнеиндийская аюрведическая и тибетская пульсовая диагностика, хирология, йога, восточная физиогномика, дзэн-буддийские психотерапевтические приемы, астрологические прогнозы болезней, ногтевая диагностика, диагностика по биологически активным точкам кожи, характерным знакам на языке, на радужной оболочке глаза, гомеопатия и т. д. Неклиническая психотерапия — это психоанализ, экзистенциально-гуманистическая и трансперсональная психотерапия, психосинтез. Таким образом, подчеркиваю: возможно быть по образованию врачом и не быть клиницистом, если природой своей не предрасположен к клиническому мироощущению.

Для клинициста в живой природе, таинственно возникшей из неживой по мере развития мира, на стадии человека, нематериальные жизненные, организмические движения (так называемая «жизненная сила») усложняются в духовные. То есть человеческое тело, мозг, отражая природную и общественную жизнь, «купаясь-развиваясь» в ней, источает дух, не существующий в своей непосредственности вне материи. Природой своего душевного склада клиницист вот так

* В этом ощущении первооткрывателя нет ничего странного: ведь как бы «свыше» (а не от сложения, к примеру, земных картофелин) «посылаются» исследователям все подлинные теоретические открытия (в математике, теоретической физике, высшем конструировании и т. д.).

материалистически-нерелигиозно отчетливо чувствует все нередко с самого детства. Человек же идеалистического, религиозного склада-природы ощущает некую самостоятельность собственного духа (мыслей, настроений-привязанностей) или же ощущение его на этот счет не ясно до поры до времени. Со временем, однако, и сомневающийся человек идеалистического склада почувствует, что его душевные, духовные движения будто восприняты телом, мозгом, как временным сосудом, приемником. Отсюда и его счастливое чувство вечности собственной души, способности передавать на далекие расстояния свою «психическую энергию» и т. д. Истинная реальность верующего — это мир вечного, бесконечного, изначального Духа, откуда пришли мы (по убеждению верующего) душой пожить на Земле и с этим Духом соединимся душой после земной нашей смерти. Нерелигиозные идеалисты нередко объясняют это иными словами: вместо Дух, Бог — говорят, пишут: Высший Разум, Вечная Красота, Гармония, Истина, Духовный Принцип, Абсолют, Нерушимое, Энергия, Личность, Творчество. Важно, что все это существует само по себе, не источаемое саморазвивающейся Природой, человеческим организмом и, в сущности, правит миром. А как возможно записать-отразить в науке и искусстве звучание изначального Духа? Конечно же, не полнокровными, реалистическими размышлениями и образами (например, пушкинскими, дарвиновскими, репинскими), а — всевозможными абстракциями, символами или неземными, сновидными красками без откровенной символики (в духе Боттичелли или Борисова-Мусатова), сквозь которые и видят мир аутистический художник, философ-идеалист, психолог, психоаналитик, гомеопат, экстрасенс. Эти абстракции, символы нередко вершат в науке великие теоретические открытия, т. к. они и есть орудия теории. Клиническая медицина по-своему, реалистически, благодарно преломляет их в себе, проникаясь ими, подобно тому как философский материализм в свое время проникся идеалистической диалектикой Гегеля, сделавшись материализмом диалектическим. Открытия целителя-идеалиста могут быть празднично-крупными, гениально-теоретическими и могут быть повседневно-практическими, хотя и тут исходят из символа, несущего в себе, как в капле (как это ясно чувствуют аутисты-идеалисты), отражение тайного смысла Мироздания. Материалистическое (реалистическое) и идеалистическое (аутистическое) мироощущения, мировоззрения, дополняющие в Человечестве одно другое, убежден, происходят-складываются не столько по причине «материалистического» или «идеалистического» домашне-

школьно-институтского воспитания, сколько — от живого врожденного, конституционального личностного своеобразного чувства, от особенностей человеческой природы. «Чувства непогрешимы и составляют источник всякого знания» (Ф. Бэкон, английский материалист XVII века).

При всем этом клиницист свойственным ему от Природы диалектико-материалистическим мироощущением видит-чувствует одновременно совершенство и несовершенство стихийной Природы-Матери, готов, в меру способностей, помочь ей быть в своем, человеческом, смысле совершеннее. Например, человек отравился и его природа (частица всей Природы) не способна надежно его защитить от смерти — надежно выбросить из него яд инстинктивной рвотой, чтобы не умер. Вот тогда клинически-элементарно помогаем Природе, промывая желудок. Клиницист склоняет голову перед несовершенной в своем совершенстве Природой, родной мудрой «дурехой» (с его точки зрения), помогая ей бороться с вредоносными воздействиями на организм (внешними и внутренними) — с помощью химических лекарств, хирургических операций, психотерапевтических воздействий и т. д. Целитель-идеалист (даже с дипломом врача), как правило, не согласится с тем, что управляющая Природой (и, в том числе, болезненными расстройствами) Высшая Разумная Сила (Бог) может быть в чем-то несовершенной. Лечебные успешные воздействия, так или иначе, обычно ощущаются-понимаются идеалистическим целителем как способствующие благотворному обострению восприимчивости больного человека к целительным силам Высшего Разума. Нередко врач идеалистического мироощущения вообще старается не нарушать, не трогать лечением Божественную свободу своего пациента. Так, мудрый немецко-американский психиатр, невролог Курт Гольдштейн (1878–1965) считает, что любое врачебное решение есть «покушение на свободу» пациента, на «проявления индивидуальной сущности больного». Даже самоубийство есть «уничтожающая индивидуума возможность приспособления». Пациенту остается «выбирать между бóльшим страданием и бóльшей связанностью» («здесь затрагиваются метафизические глубины»). «Здесь в больном человеке, — пишет К. Гольдштейн, — иногда впервые определяется, что он на самом деле есть. Как может врач здесь осмелиться советовать, тем более — склонять. Во всяком случае, он может это делать только тогда, когда будет полон сознанием, что отношение “врач–пациент” — это ситуация, которую нельзя понять, исходя из одних лишь причинно-обусловленных связей, что здесь союз двух людей, из которых один помогает

другому достичь состояния, наиболее соответствующего его внутренней сущности» (Гольдштейн, 1933). На это истинный клиницист, по-видимому, скажет со своей, быть может, приземленной трезвостью: «Я все-таки, не колеблясь, помогу природе больного человека, с моей, человеческой точки зрения, защищаться совершеннее — например, спасу депрессивного потенциального самоубийцу (иногда без его желания) от него самого искусственным кормлением, изоляцией, психотерапевтическим творческим оживлением, антидепрессантами и т. д., потому что, выйдя из депрессии, он, весьма вероятно, захочет жить, испугается, что мог бы уже не жить, и поблагодарит меня за лечение-спасение». Или же успех лечения толкуется целителем-идеалистом как результат непосредственной передачи Божественного духа или космической энергии через себя, как приемник, аккумулятор, — пациенту. Чувствуя в себе этот дух-энергию, экстрасенс и «работает» с ним. Этим, вероятно, объясняются нередкие здесь таинственно-завораживающие, как и в жреческие времена, способы лечения: многозначительные движения рукой, таинственно-сложные правила приема гомеопатических микродоз, отваров целебных трав и т. п. Все это, понятно, может действовать серьезно суггестивно-психотерапевтически (внушением).

Чтобы умело помогать Природе защищаться совершеннее, клиницисту необходимо ее знать-чувствовать-понимать в живых подробностях, чему он обучается в медицинском институте (начиная с анатомии, физиологии, биохимии). Медик идеалистического склада души так же нередко с интересом постигает человеческое тело, чувствуя его, однако, не как причину-источник духа, а как сложный сосуд-приемник-хранилище духа, который надобно научиться исправлять-чинить. Таким, например, был знаменитый наш хирург и богослов В.Ф. Войно-Ясенецкий, продолжавший практиковать и после возведения в сан архиепископа. Изучение клинической медицины клиницистом есть, в сущности, изучение природной самозащиты-приспособляемости организма, которая, более или менее явно, видится-проглядывает основой клинической картины болезни. Клиницист озабочен тем, чтобы, по возможности, отчетливо распознать, что это именно то заболевание, а не другое, дабы лечить именно так, а не иначе. Врачи идеалистического склада, мироощущения (кроме восхищенно исследующих гармонию «коробки» духа идеалистических хирургов, дерматологов, патологоанатомов) чаще менее озабочены дифференциальной диагностикой, подобно тому, как пьющий из чашки кофе может быть менее озабочен формой чашки, нежели самим кофе.

Рядом с клинической, материалистической медициной всегда развивалась одновременно, в благотворном, напряженном противоборстве с нею, медицина идеалистическая, порою мистическая. Первый знаменитый клиницист грек Гиппократ родился в семье жрецов-врачевателей. Другой великий врач древности, живший после него, римлянин Гален, сделавший немало прекрасных открытий в медицине (доказавший, например, что нервы ощущают), уже нарушил клиницизм Гиппократа принципом управляющей телом изначальной Целесообразности. Великий реформатор медицины «безумный» (слово Лейбница) швейцарец, алхимик Парацельс (XVI век) понимал Природу как живое целое, проникнутое «звездной душой» (нематериальный астральный принцип), а болезнь — как паразитическое живое существо. Он пренебрегал анатомией и, призывая врачей лечить интуитивно, сжег публично сочинения Галена и Авиценны. В соответствии со своими абстрактно-теоретическими положениями, как рассказывают, лечил прикладыванием магнитов даже больных с органическим слабоумием от слабоумия (без заметного успеха, конечно). Но он же благодаря этим же отвлеченно-символическим, алхимическим построениям, поведал медицинскому миру об обмене веществ, сделался основателем медицинской химии, т. е. аптек, стал лечить сифилис ртутью, открыл и применил для лечения минеральные воды. Противоречивый Парацельс был, в сущности, экстрасенс. И если бы был другим, то не открыл бы того, что открыл. Классик мировой медицины англичанин Сиденгам (XVII век) был истинным клиницистом и ярко-подробно, без головокружительных революций в науке развивал учение Гиппократа на основе современной ему физики и химии. В духе этой благотворной борьбы-дружбы материалистических и идеалистических взглядов нетрудно вспомнить всю историю медицины. Отмечу, что российским врачам-лечебникам, как известно, все же чаще присуще было клиническое, мягко-человечное мироощущение (Мудров, Дядьковский, Боткин, Захарьин, Остроумов, Корсаков, Ганнушкин), нежели их западным коллегам (Бурхав, Шталь, Биша, Ганеман, Фрейд, К. Гольдштейн, Г. Бергман, Морено). При этом ни в коем случае нельзя сказать, что указанные российские врачи лучше западных, или наоборот. В каком-то смысле всё лучше другого, в каком-то хуже. В смысле реалистически-осторожного отношения к лечению, душевной заботы о пациенте, меньшего количества осложнений — да, лучше. А в смысле меньшего количества революционных медицинских концепций (обусловленных,

чаще всего, «сумасшедшим» полетом аутистически-идеалистической, абстрактной мысли) — печально признаемся — хуже. «Сумасшедшие» концепции побуждают и к необычным лечебным приемам. Парацельс не случайно из алхимика сделался химиком лекарств, что было в те времена так необычно. Он лечил, как я уже отметил, прикладыванием магнитов и, наверно же, нередко снимал так невротические расстройства внушением, невольно сделавшись одним из основателей психотерапии. Но, конечно, так же как материалистическая медицина может быть грубой, прямолинейно жестокой (например, когда душевнобольного мозговой операцией лишают его патологической агрессивности вместе со всеми личностно-неповторимыми стремлениями вообще), — так же может быть опасной и идеалистическая медицина. К примеру, экстрасенс смертельно «уводит» своим лечением от необходимой операции раковую опухоль или современный колдун изгоняет сопротивляющуюся, кричащую от негодования ведьму из женщины, страдающей истерией. Впрочем, нередко все тут сложнее, нежели видится на первый взгляд. Ведь если «сказочная» психотерапия колдуна помогает без осложнений наивной женщине, верующей в ведьм и леших, а другая процедура ей не помогает, — что же делать? Колдун оказывается в таком случае стихийным клиницистом, поскольку задача клинициста — помогать больному в соответствии с его природой, верой, даже душевной наивностью-грубоватостью, в соответствии с характером вредоносного воздействия. Помогать так, чтобы помогло. М.Е. Нефедова, врач-психиатр, призналась в газете Чумаку, что скептически относилась к его сеансам, пока не приложила его фотографический портрет к больным зубам (Куранты, 31 марта 1994). Что это? Целебное действие внушения-самовнушения или присутствие особой чумаковской энергии в газетной фотографии? Какая разница страдающей женщине, даже психиатру, ежели помогло? Вот во время психотерапевтического сеанса кладу руку на голову пожилой пациентки — и она, в соответствии со своей материалистической природой души, чувствует руку мою как живое, сочувствующее ей человеческое тепло, исходящее из моей природы. А ее подруга идеалистического склада души, в соседнем кресле, воспринимает мою руку как целебно передающую ей мировую космическую энергию. Как реалист-клиницист, понимаю, что если эта «целительная энергия» обнимает-пронизывает весь мир, проникая в пациентку через меня, как через проводник, даже в телефонном разговоре (как она сообщает мне), то энергия эта ничем не отличается от частицы вечного, бесконечного, изначального Духа,

правящего миром. Знаю, что многие идеалисты склонны веровать во все, что может подтвердить им изначальность духа, отбрасывая возможность случайности. Даже мои коллеги, врачи-психотерапевты. «Не могу заниматься гипнозом, — жалуется доктор. — Чувствую, как многие депрессивные пациенты высасывают из меня энергию во время сеанса». А если мне самому станет не по себе во время гипнотического сеанса, объясняю это погодой, тем, что ночью спал плохо или, кажется, заболеваю простудой... Для клинициста-реалиста сомнамбулический гипноз — есть суженное помрачение сознания (защитно-приспособительной природы) с выплеском в кровь чудесных лекарств организма. Для идеалиста, порою, гипнотический сомнамбулизм — выход души пациента за границы его личности в мир бесконечного вечного Духа (трансперсональное состояние). Разные мы все природой своей, и так должно и быть.

Как же следовало бы поступать сегодня, с моей, клинической точки зрения, с экстрасенсами, колдунами, шаманами? Прежде всего, независимо от того, верим или не верим в изначальный правящий миром Дух, следует помнить о серьезном, хотя бы благородно-психотерапевтическом, лечебном воздействии, которое может исходить от этих целителей. Как неисправимый клиницист, объясняю выразительный лечебный успех экстрасенсов, колдунов, шаманов психотерапевтической верой пациентов в выздоровление, которой пациенты проникаются благодаря этим целителям. Светлое, радостное ожидание выздоровления (тут работают психотерапевтические механизмы — внушение, гипноз, целебное вдохновение) есть одновременно биологический сдвиг — оживление действия собственных, организмических лекарств, способствующих исцелению или улучшению самых тяжелых больных. И если не видится зла, безнравственности в душе целителя, если, например, не способен обмануть пациента в том, что у того рак, дабы потом объявить успешным излечение от рака, — пусть помогает собою людям, верящим в него, верующим в чудо. Спасибо ему за практическую помощь больным. А может быть, еще и что замечательное для клинической медицины откроет, как уже случалось в истории медицины. Но только каждый целитель-не-врач, по-моему, должен прежде проконсультировать *любого своего пациента* с клиницистом — нет ли опасного заболевания, требующего клинико-хирургического или другого серьезного клинического вмешательства (к примеру, антидепрессантов в случае депрессии), дабы не запустить болезнь, не погубить пациента. Я ведь тоже как психотерапевт не возьмусь помогать раковому больному, не посовето-

вавшись с онкологом. Вот только таким ответственным, осторожным целителям без диплома врача, думается мне, нынешняя лицензионная комиссия при Минздраве может дать официальное право заниматься целительством. Наконец, Профессиональная психотерапевтическая лига (добровольное сообщество психотерапевтов не только по образованию, но и по своей природе), могла бы помочь многим психотерапевтам по природе, «психотерапевтам душой» (в том числе целителям), поучиться психотерапевтической профессии, необходимым элементам клиницизма для своей работы по оздоровлению людей России (это и психогигиена, психопрофилактика, предупреждение вредных привычек) — и, возможно, смогла бы защитить их благородную работу своим сертификатом.

1.8. Еще о существе клинической психотерапии (КПТ) (2000) [126)]

Уже немало писал непосредственно о клинической психотерапии, сравнивая ее с психотерапией психологической (Бурно М., 1976, 1978, 1989, 1992–1993, 1995, 1998–1999). Но вот все еще и еще хочется по занудливой преподавательской привычке объяснить нечто важное о КПТ — в надежде, что хотя бы немного поймут меня и психотерапевты-неклиницисты.

Читая в студенчестве Фрейда, был убежден, что все или почти все его психоаналитические символы, фигуры-комплексы — выдумка-сказка, совсем не наука. Мы, студенты-медики, потешались тогда над тем, что приснившиеся колья и пещеры означают мужские и женские гениталии, потешались над тайным вожделением любого малыша к своей матери в знаменитом комплексе Эдипа и т. п. С годами, погружаясь в клиническое изучение душевных расстройств и характеров, психотерапевтически помогая разнообразным пациентам, понял-прочувствовал, что фрейдовский «вымысел» есть не выдуманное, а реальное переживание самого Фрейда и людей подобного ему аутистического склада души, точнее — определенной его разновидности. Символы Фрейда («заморочки», как называют их многие клиницисты-реалисты), в самом деле, есть язык его природного бессознательного, его реальность, а упомянутым реалистам снятся конкретно-реалистические (несимволические) сны. Таким образом, Фрейд своим психоанализом (как известно из его откровенных книг) помогал прежде всего себе самому, а заодно и людям, подобным ему по складу души. На-

пример, Томасу Манну. А Герману Гессе помог лишь психоанализ созвучного ему по природе души Юнга. Эрнст Кречмер (мне рассказал об этом его сын Вольфганг Кречмер) говорил о Фрейде: «Свой сексуальный невроз и его лечение он напялил на все человечество». Понятно, почему психоаналитические системы научно не развиваются в настоящем смысле учениками-последователями автора системы, а лишь осторожно толкуются, подтверждаются различными примерами из психоаналитической практики, из жизни, литературы, искусства. Психоаналитическая система слишком аутистически-личностна, чтобы сделаться основой истинно творческой школы. Школа здесь, по сути дела, лишь сообщество единомышленников. Если входит в нее иная (пусть тоже аутистическая, но иная) личность со своими символами, фигурами-комплексами — происходит конфликт-разрыв между психоаналитиками, как это было уже у Фрейда с Адлером и Юнгом. Лакан, сказавший, что он тот, кто прочел всего Фрейда, создал свой собственный психоанализ.

Так вот, клинический психотерапевт, в отличие от психологического (например, психоаналитического, экзистенциально-гуманистического), не распространяет, не «напяливает» свой «невроз» и его лечение на все человечество, потому что им самим, его психотерапевтическими воздействиями движет не аутистически-психологическая ориентация, по-своему толкующая реальные душевные расстройства и трудности пациента, воспринимаемые в самом общем неклиническом виде (без дифференциальной диагностики), а изучение именно клинической картины.

Клиническая картина, конечно же, интересует не только клинициста, но нередко и психотерапевта-психолога. Тем более, что психотерапевт-психолог может быть врачом по образованию, но с психологическим складом души. Так, уже для врача Фрейда было не все равно — лечить психоанализом истерию или невроз навязчивости. А в психоаналитическом лечении шизофрении Фрейд не видел толку. Потом сложились на Западе, как известно, школы психоанализа шизофрении (Федерн, Клейн, Розен, Салливан, Фромм-Райхман, Быховски, Сирлс). Недавно в Москве вышла подробная книга современного американского психоаналитика Н. Мак-Вильямс «Психоаналитическая диагностика» (1998). Это книга о характерах, эклектически опирающаяся не только на психоаналитическую, но и на клиническую, классическую характерологию. Психологически консультировать клиентов предлагается так или иначе также в зависимости от их клинического состояния: истерическая личность, обсессивная, шизоидная, алкоголизм, депрессия и т. д. (Кочюнас,

1999). Но в том-то и дело, что понимается клиническая картина клиницистом и психологом по-разному: естественнонаучно и теоретически-идеалистически. Психолог обычно, психодинамически выводит-проясняет клиническую картину (симптом, синдром, почву-характер) из обстоятельств жизни (в том числе из отношений ребенка с родителями) и на этом логически основывает свою психотерапевтическую помощь. Для клинициста в основе клинической картины лежит индивидуальная защитно-приспособительная работа природы в ответ, в том числе, и на травмирующие душу события. Природа человека и есть, по Гиппократу, его истинный исцелитель, а врач лишь способствует тому, чтобы стихийно-мудрая Природа защищалась совершеннее, заботится о больном в этом смысле. «Natura sanat, medicus curat» — «Природа излечивает, врач заботится о больном, способствует Природе». Поэтому в основе самой психопатологически-одухотворенной клинической картины клинический психиатр-психотерапевт чувствует-обнаруживает те же природные клинические закономерности (конечно же, «в снятом виде»), которыми «дышит» вся соматическая медицина. В идеальных, духовных переживаниях клиницист видит-чувствует печать их телесного происхождения. И клиническому психотерапевту непонятен вопрос: какой психотерапевтический метод главнее, лучше, сильнее других? Что нужно, необходимо по клинике, то он и станет применять, помогая природе пациента защищаться совершеннее: и гипноз, и аутогенную тренировку, и рациональную (когнитивную) терапию, и поведенческую, и анализ, и терапию духовной культурой и т. д. Но все это клиницист будет применять клинически, то есть более или менее сообразуясь с клинической картиной, в которой для него звучит та самая стихийно-природная самозащита от внешних и внутренних вредностей.

Конечно, по-настоящему глубоко эту клиническую (для нас — клинико-психиатрическую) картину, с которой надобно сообразовываться клиническому психотерапевту, может понимать-чувствовать лишь клиницист. По частям-граням (при известной к этому природной предрасположенности) обретает он еще студентом в секционном зале, в лабораториях, разных клиниках (хирургической, кожной, терапевтической и т. д.) клиническое мышление, мироощущение. Клинические закономерности, придающие свой защитно-приспособительный смысл клинической картине (симптомам, синдромам, почве), невозможно постичь лишь теоретически, без погружения в длительную живую медицинскую практику. Именно в практике вырабатывается кли-

нический опыт, чутье-интуиция, порождающие *чувство* диагноза, сопровождаемое уже клиническим размышлением-доказательством. Именно это навсегда остается в клиническом психотерапевте, уже часто забывшем подробности анатомии, биохимии, соматической медицины. Если у хирурга, терапевта клиническое чутье сказывается, например, в чувстве в пальцах при прощупывании живота, то у психиатра, клинического психотерапевта это чутье сказывается в том, что они поначалу лишь чувствуют опытом своим душевную разлаженность, злобновато-беспомощную напряженность, определенный характер пациента и т. п. Понятно, что психиатр, клинический психотерапевт невольно и в живой жизни, и глядя на телевизионный экран, продолжают чувствовать-обдумывать в таком клиническом духе душевные и телесные особенности людей, больных и здоровых.

Более или менее хорошо знать-чувствовать природную целительную самозащиту для того, чтобы ей врачебно способствовать, — это и значит более или менее хорошо диагностировать и лечить («Qui bene diagnoscit, bene medebitur» — «Кто хорошо ставит диагноз, тот хорошо будет лечить»).

Как врачу научиться проникновенному клиницизму, то есть научиться подробно-тонко чувствовать-понимать природу (в том числе душевную природу) больного человека? На этот вопрос Гиппократ отвечает культом истории болезни, то есть культом тщательного изображения-описания индивидуального, неповторимого в больном. Зачем это? Затем, думается мне, что постижение общего-типичного в клинической медицине (клинической психотерапии) дается лишь в многократных клинических встречах с повторяющимся бесконечно неповторимым. Последователь Гиппократа, основоположник отечественной клинической медицины М.Я. Мудров (1776—1831) в своем «Слове о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных» (1820) говорил по этому поводу «любезным юношам» Московского университета: «...имею истории болезней всех моих больных. Все написаны моею рукой, писаны не дома, но при самых постелях больных. Число одних фамилий простирается за тысячу. (...) Сей архив расположен азбучным порядком, для каждой буквы назначена особенная книга, в которой в одну минуту можно найти описание болезней каждого и все рецепты. Сие сокровище для меня дороже всей моей библиотеки. Печатные книги везде можно найти, а истории болезней нигде. В 1812 году все книги, составлявшие мое богатство и ученую роскошь, оста-

вались здесь на расхищение неприятелю; но сей архив везде был со мною» (Мудров, 1949, с. 248—249).

Возможно сдать экстерном экзамен по психологии (это и случается перед защитой диссертации по психологии специалистами без психологического образования), поскольку психология *теоретическая* наука. Но невозможно сдать экстерном экзамен по клинической медицине (в том числе по КПТ), поскольку это не столько теория, сколько *научное* искусство, предполагающее непременное развитие клинического опыта-чувства у того, кто к нему предрасположен своей природой. При всем этом меня восхищает противоречащая мне попытка (а вдруг я неправ?) — открыть-разработать внутри этого научного искусства свою теорию, создать особую «модель», которая на своем языке объяснила бы «механизмы всех известных психотерапевтических методик» и таким образом привела бы «различные теоретические подходы к единому категориальному аппарату». «Клинически определяемые показания и противопоказания для этих методик должны также соответствовать и внутренней логике модели» (Бурно А. М., 1997, с. 15—17).

Итак, называемые одними и теми же терминами психотерапевтические методы у клинического и психологического психотерапевтов работают по-разному. У психолога — исходя из его определенной теоретической (аутистической) психологической концепции, у клинициста — как помощь природе от природы, себя осознавшей. Так, клинический психотерапевт может применить даже определенный психоаналитический метод, если он отвечает клинической картине — природной самозащите, например, аутистического пациента. Это клинический анализ — в отличие от психоанализа определенной, известной школы. О том, как практически способствует клинический психотерапевт какой-то характерной душевно-природной самозащите, диагностически обнаруженной в клинической картине конкретного пациента или пациентов определенной клинической группы, уже много писал. Здесь лишь отмечу-подчеркну, что моя Терапия творческим самовыражением есть именно клинико-психотерапевтический метод в сравнении с психологической терапией искусством, творчеством (арттерапия) и психологической терапией творческим личностным ростом (экзистенциально-гуманистические и религиозно-психотерапевтические подходы).

Чем возможно объяснить тот факт, что психологическая психотерапия помогает, прежде всего, душевноздоровым людям (клиентам), тогда как клиническая, прежде всего, — душевно нездоровым (пациентам)? Думаю, тем, что здоровая масса людей вообще особенно подвержена внешним пси-

хологическим влияниям. Здоровый человек меньше зависит от природы своего характера; более пластичный, он легче перестраивается в соответствии с общественным мнением, общепринятыми взглядами. Он более внушаем, легче поддается и мнению психологической психотерапевтической группы, вообще разным мнениям, в том числе пикантно-психоаналитическим, если они ему понятны, волнуют его и вошли в моду. Здоровый нередко слепо верует во всесилие воспитания, вообще внешнего влияния. Здоровый «психологический» психотерапевт часто и учит своих клиентов гибко приспосабливаться в жизни для успеха. А когда клиент говорит ему, что хотел бы оставаться самим собой, такой психотерапевт трезво поясняет: «Так будьте немного другим самим собою». Человек, сложный своим стойким душевным нездоровьем (с болезненно-тревожным характером, хронической депрессивностью и т. п.), не может так легко, лишь от внешних психологических воздействий, почувствовать себя другим и даже нередко убежден, что душевное нездоровье — его пожизненный крест, что может быть только лучше, но не полное выздоровление. Клинический психотерапевт в таком случае вынужден вместе с пациентом изучать природу его страдания, чтобы яснее было, по каким ступенькам и как выбираться из страдания, помогая природе.

Теперь о психотерапевтических техниках в связи с вопросом о клинической психотерапии. Техники обычно есть все-таки типичное психологическое, а не клиническое дело. Психолог идет не от чувства тела, светящегося духом, а от чувства изначального духа в себе, как приемнике Духа. Более или менее он ощущает себя проводником этого духа к пациентам (клиентам). А проводит, передает дух часто с помощью определенных неисчислимых сегодня техник, духовных практик. Дух здесь как бы «укладывается» в техники. Если это, конечно, истинный психолог, то есть специалист с психологическим мироощущением, а не изначальный техник, как это часто бывает, например, в нейролингвистическом программировании (тогда все начинается и заканчивается техникой). Лишь некоторым одухотворенным психологам неприятны техники. Неприятны и не нужны техники и многим-многим клиническим психотерапевтам, у которых не только диагностика, но и лечение основывается прежде всего на клиническом опыте, интуиции. Чувствуешь, что вот так нужно психотерапевтически повести себя, согласно своему личностному переживанию, — и только потом понимаешь, для чего это сделал, сказал. А техника изначально задана сознанием, даже если она сделалась машинальной. Мне вспо-

минается, как на одном из международных психотерапевтических собраний известный чешский психолог-психотерапевт Станислав Кратохвил так мило и живо, смешно рассказывал группе психотерапевтов о своих техниках лечения сексуальных расстройств в духе «парного подхода» Мастерса и Джонсон. Я наивно спросил его потом наедине, как же тут можно обойтись без влюбленности, изначального искреннего, душевного мужского или женского тяготения к человеку. Станислав ответил: «Ну, Марк, любовь, влюбленность — это так редко, но есть руки, есть губы...»

Я не против психотерапевтических техник. Даже считаю равнодушие, неприязнь многих клинических психотерапевтов к техникам односторонностью, ограниченностью этих психотерапевтов. Но уж такова жизнь. Ограниченность (и в то же время своя сила) клинической психотерапии состоит также в том, что она менее универсальна-международна в отличие от психологической (аутистически-символической, «абстрактно-математической») психотерапии, она более национально-полнокровна — оттого, что более земная, приземленная.

Чем объясняется относительно высокая распространенность техник в психологической психотерапии, психотерапии душевноздоровых людей? Думается, тем, что вообще среди душевноздоровых людей практические, технические способности гораздо более распространены, нежели среди нездоровых. Душевно нездоровые чаще менее практичны, «техничны», но зато при этом и более философичны, углублены в себя, нежели здоровые. Душевно нездоровые «недотепы», «рохли» с тягостным, сложным переживанием своей неполноценности, убежден, — практически всегда углубленно-творческие люди с неприязненным отношением к психологическим техникам.

В последнее время, в основном психологическая психотерапия «привозная», все более теснит нашу самобытную клиническую. Некоторые психотерапевты-психологи даже говорят нам, клиницистам, что, вообще-то говоря, психотерапией по-настоящему может заниматься лишь тот, кто изучал душу на психологическом факультете или, будучи врачом, хотя бы основательно подучился психологии. И в психотерапевтических-де сообществах главенствовать должны психологи. А что касается вашей клинической психотерапии, так ее сейчас нигде в мире нет — значит, и у нас быть не может.

Мне думается, я уже ответил на все это. Прибавлю только еще два обычных здесь своей жизненностью вопроса-ответа: 1) кто будет отвечать за остропсихотические, судорожные и суицидальные осложнения в психологической психотерапии в тех случаях, когда душевнобольной человек покажется самостоятельно работающему психологу душевноздоровым клиентом? и 2) сможет ли психотерапевт-пси-

холог сам, без помощи клинициста, управляться с психотерапевтическими психиатрическими пациентами?

Еще одна грусть. Приходится слышать сейчас, что в России есть только одна психотерапевтическая школа — ленинградско-петербургская мясищевская, — и это, в основе своей, скрытый советский марксистский психоанализ. Совершенно согласен с тем, что психотерапевтическая школа Мясищева — психологическая по своей основной структуре. Но есть в России и не менее старая консторумская школа клинической психотерапии. Отмечал уже, что хотя теоретическим основоположником мировой клинической психотерапии является Эрнст Кречмер, все же именно наш, московский психиатр-психотерапевт Семен Исидорович Консторум (1890−1950), окончив германский университет, в подробностях разработал в России, на почве великого российского клиницизма, стройную систему практической клинической психотерапии различных душевных расстройств. Российскую школу клинической психотерапии представляют вместе с Консторумом прежде всего такие известные уже ушедшие от нас клиницисты, как С.А. Суханов, Ю.В. Каннабих, А.И. Яроцкий, Е.Н. Довбня, П.М. Зиновьев, И.С. Сумбаев, Н.В. Иванов, П.Б. Посвянский, В.Я. Деглин, В.Е. Рожнов. У нас есть прекрасное прошлое, а значит — и будущее.

Печально, что о нашей клинической психотерапии мало знают наши молодые психотерапевты, особенно психологи. Вот и германский психиатр-психотерапевт Хамид Песешкиан в своей докторской диссертации на русском языке «Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в Российской психотерапии» (1998) пишет историю нашей психотерапии мимо нашей главной, клинической психотерапевтической самобытности, как будто бы и не жил у нас, как будто бы и не врач.

Клиническую психотерапию невозможно отрезать от отечественной психотерапии уже потому, что в ней нуждаются очень многие российские пациенты. Клиническая психотерапия им роднее «привозной» психотерапии, как оно и должно быть, потому что искусство, содержащееся в психотерапии, всегда национально.

В.В. Макаров считает важнейшим отличием отечественной психотерапии «ее эклектизм», состоящий в том, что психотерапевты выбирают из огромного психотерапевтического арсенала «то, что подходит им» (Макаров, 2000, с. 30). Мне думается, что это весьма подкрепляет мои размышления здесь. Убежден, что для многих психотерапевтов других стран, для мировой психотерапии важно в нашей психотерапии именно наше самобытное. Глинка, помнится, говорил, что мы можем быть по-настоящему интересны миру лишь своей, русской музыкой, а не перепевами западной.

1.9. О различиях между клиническим и психологическим психотерапевтичискими подходами (2001).

1. Две области психотерапии, дополняя друг друга в духе принципа дополнительности Бора, проникнуты каждая своим философским мироощущением-мировоззрением. Клиническая психотерапия (неотъемлемая часть клинической психиатрии) проникнута материалистическим, естественно-научным мировоззрением, а психологическая психотерапия (в широком понимании включающая в себя динамическое, экзистенциально-гуманистическое, религиозное направления) проникнута мировоззрением идеалистическим. Есть еще и психотерапия преимущественно техническая, полагающая излишним основываться на каком-либо философском мироощущении. Это, например, нейролингвистическое программирование.

2. Клинический психотерапевт в своих воздействиях (в т. ч. одухотворенно-поэтических) отправляется от клинической картины, в основе которой гиппократовски видит-чувствует самозащитную (от внешних и внутренних вредностей) работу природы. Психологический психотерапевт в своих воздействиях исходит, отправляется от той или иной психологической ориентации («сотканной» прежде всего из чистой теоретической мысли). Мышление творческих психотерапевтов-психологов не есть истинно клиническое, а есть теоретически-аутистическое** (экзистенционально-гуманистическое, психоаналитическое, религиозное и т. д.). Посему психологический психотерапевт не озабочен дифференциальной диагностикой. Чаще он и по образованию психолог.

3. Самые сложные движения души, духа клиническая психотерапия рассматривает сквозь чувство изначальности-первичности материи, тела, сквозь убежденность в этой первичности. Для клинициста и самые одухотворенные болезненные душевные движения-симптомы, например, сложно-депрессивные, деперсонализационные, будучи нематериальными, чувствуются как бы светом своего материального (телесного) источника и потому подчиняются общеизвестным клиническим закономерностям, обнаруживая тем самым общую основу с соматическими симптомами: складываются в синдром, синдром усложняется, симптомы

** «Аутистическое» понимаю здесь в широком, блейлеровском смысле, включая в это понятие и особенность здорового мышления-чувствования.

и синдромы нозологически «прорисовываются» определенной почвой, на которой выросли, и все это обнаруживает так или иначе защитно-приспособительную работу природы (картина этой защиты и есть клиническая картина). Клиницисту (в т. ч. клиническому психотерапевту) остается гиппократовски изучать природную самозащиту-самолечение и помогать Природе, в меру своих врачебных сил, защищаться совершеннее (поскольку для клинициста Природа — стихия, не Бог). Например, клиницист помогает дефензивному шизотипическому пациенту своими хроническими душевными расстройствами, изучая их, общественно полезно «встроиться» в жизнь, утвердиться силой своей слабости.

4. Психологический психотерапевт, чувствуя природой своей первичность не тела, а духа (или же отвергающий все разговоры о первичности-вторичности), идет не от природной самозащиты (клинической картины, почвы), а от той или иной психологической ориентации, кристаллизовавшейся из чистой теоретической мысли. И с точки зрения этой ориентации рассматривает болезненное расстройство «мимо» дифференциальной диагностики, клинического учения о характерах и т. д. У психоаналитика, например, свои, психоаналитические, характеры, изначально психологические, без телесной почвы (анальный, оральный характеры, экстраверт, интроверт и т. д.). Здесь свое, психодинамическое, понимание истерии, навязчивостей, шизофрении и т. д.

5. Фрейдовский «комплекс Эдипа», как и все у Фрейда, есть фигура, выведенная из анализа собственного аутистически-идеалистического переживания и перенесенная на все человечество, но не отвечающая, с точки зрения клинициста, закономерностям душевной жизни многих других людей, не похожих особенностями своего склада-мироощущения на Фрейда. Так же и «самоактуализация» Маслоу есть, по существу, радостно-осмысленная, вдохновенно-творческая встреча с изначально духовным, экзистенциальным в себе самом — для одухотворенно-аутистического человека, но психастеник свое творческое вдохновение обычно не способен переживать как изначальное, экзистенциальное, чувствуя себя самого источником этого духовного света, источником, а не приемником.

6. Когда говорим о клинических и психологических психотерапевтических методах, то говорим, в сущности, о том, как именно — клинически или психологически — оживляются психотерапевтом присущие людям от природы определенные психотерапевтические «механизмы»: суггестивный, гипнотический, рациональный (когнитивный), тренировочный, поведенческий, групповой, игровой, акти-

вирующий, аналитический, телесно-ориентированный, креативный и т. д. Например, гипнотерапия может быть клинической, как у Консторума, Сумбаева, психоаналитической, как у Шертока, эклектически-психологической, как у Кратохвила.

7. Понять-прочувствовать по-настоящему (не в элементах) целебную, защитно-приспособительную работу природы вообще и природы данной больной души в частности, научиться квалифицированно клинически помогать природе заболевшего человека защищаться совершеннее возможно только достаточно основательно изучив клиническую медицину в разных клиниках медицинского института, факультета. Клиническая медицина (и в том числе клиническая психотерапия) с ее клиническим мышлением-мироощущением, чутьем-опытом — не теория, а научное искусство, которое невозможно постичь кабинетно-теоретически, «мимо» клиник и сдать экстерном, как, например, математику или психологию. Психологическое образование (особенно без природной предрасположенности к клиницизму) не поможет усмотреть-почувствовать, например, что вот эта конкретная болезненная злость не агрессивно-эпилептоидной, психопатической природы, а беспомощно-расщепленная, шизотипическая. От этой дифференцировки, однако, прямо зависит характер клинического психотерапевтического вмешательства.

8. Сила психолога в другом: в постижении универсально-типичных отношений между людьми — независимо от природы каждого. Так, системный семейный психотерапевт-психолог убежден в том, что любым невротическим расстройством или даже плохой успеваемостью в школе ребенок, чаще неосознанно, пытается сплотить вокруг себя родителей, дабы сохранить семью. Поэтому следует искать и лечить в таких случаях какое-то неблагополучие в отношениях между родителями. Клиницист скажет на это: конечно, такое случается, но в других случаях причины невротического расстройства или школьных двоек совсем другие. Кроме того, невротическое может быть и неврозоподобным шизотипическим, эндогенным, а как в этом разобраться психологу?

9. Клиническая психотерапия предназначена прежде всего для больных, а психологическая — для здоровых, потому что душевно нездоровый обычно не так легко личностно перестраивается в своем патологически стойком, углубленном тягостном страдании (психопатия, бордерлиновое состояние, шизофрения), не так легко, как здоровый клиент

психолога или легкий невротик. Последние более внушаемы, им хорошо помогают техники, они увлекаются психоанализом и т. д. Человек вообще тем легче, выразительнее личностно перестраивается, реконструируется, чем меньше в нем страдающей, глубокой индивидуальности.

10. Клиническая психотерапия в отличие от психологической едина в том смысле, что открытия в ней поправляют, углубляют прежние открытия и друг друга, как происходит это в любом научно-естественном исследовании. Сегодняшнее поле клинической психотерапии возделано многими клиницистами, им всем принадлежит нынешний арсенал клинико-психотерапевтических методов-подходов. Если назвать самые известные здесь нашим клиницистам имена, то многие из них ровно ничего не скажут психологам. Это— Джеймс Брэд, Август Форель, Поль Дюбуа, Жюль Дежерин, Эуген Гоклер, Эрнст Кречмер, Фридрих Мауц, Поль Солье, Иоганн Шульц, Якоб Клези, Макс Мюллер, Джозеф Прэтт, Отто Веттерстранд, Ардальон Токарский, Сергей Суханов, Владимир Бехтерев, Юрий Каннабих, Александр Яроцкий, Семен Консторум, Петр Зиновьев, Игорь Сумбаев, Константин Платонов, Николай Иванов, Илья Вольперт, Александр Крыжановский, Николай Канторович, Виктор Деглин, Манфред Блейлер, Гаэтано Бенедетти, Пауль Кильхольц, Джон Розэн, Эуген Броди, Владимир Рожнов, Павел Буль, Андрей Гнездилов, Моисей Вольф, Абрам Свядощ, Нина Асатиани, Владимир Смирнов, Владимир Колосов, Юрий Полищук, Валерий Гурвич. Это иной, клинический, мир в психотерапии. Психологи редко ссылаются на этих исследователей, у них свои классики. Так и должно быть.

11. В поле мировой клинической психотерапии сформировались следующие развивающиеся-усложняющиеся, связанные между собою подходы: клиническая суггестивная и гипносуггестивная терапия; клиническая рациональная психотерапия; клиническая тренировочная психотерапия; клиническая когнитивно-поведенческая психотерапия; клиническая групповая терапия; клиническая активирующая психотерапия; клинико-аналитическая психотерапия; клиническая терапия духовной культурой (творческим вдохновением, поиском смысла жизни). Сложились также такие области клинической психотерапии, как клиническая психотерапия шизофрении и шизотипического расстройства; клиническая психотерапия эпилепсии; клиническая психотерапия депрессий; клиническая психотерапия психопатий; клиническая психотерапия неврозов; клиническая психотерапия зависимостей; клиническая психотерапия сексуаль-

ных расстройств; клиническая психотерапия соматических расстройств; клиническая детская психотерапия.

Сегодня, однако, ясно видится, что клиническая психотерапия в последние полвека развивается-углубляется прежде всего в России. Способствовало этому то, что наша клиническая (материалистическая) психотерапия, в отличие от психологической, будучи частью клинической медицины, все-таки способна была в советское время кое-как развиваться при запрещенном психоанализе и других идеалистических подходах. Но она в этом не виновата.

12. Психологические психотерапевтические методы слишком аутистически-личностны, чтобы составить подобное клинико-психотерапевтическому единое вспаханное поле работы. Юнг и Адлер, каждый по-своему, поправили-развили психоанализ Фрейда, и Фрейд выгнал их из своего психоанализа. Подходы Юнга и Адлера так же никто серьезно не поправляет. Психоаналитики в основном толкуют-объясняют авторский метод, применяют его в лечебной практике, в психоаналитическом искусствознании, как происходит это и в религии. Так и должно быть.

13. Каждая психотерапевтическая ветвь в психологической психотерапии вообще обычно способна самостоятельно-автономно существовать без взаимодействия с другими ветвями — будь то лакановский психоанализ, гуманистическая психология Маслоу или гештальт-терапия Перлса. Не случайно западные психотерапевты работают строго каждый в своей ветви-модальности, пожизненно совершенствуясь в ней. Так, кстати, советуют обустроить и нашу российскую психотерапию когнитивно-поведенческий психотерапевт Алла Холмогорова и психоаналитик Михаил Решетников. Это так, видимо, и должно быть, но не в клинической психотерапии, а в психологической психотерапии клиентов. Наши российские психотерапевтические пациенты (их-то я знаю хорошо) в большинстве своем менее аутистичны, нежели западные, и просят иной — реалистически-сердечной, разнообразно-клинической психотерапии. Конечно же, и у нас есть пациенты, которым глубоко и целебно созвучны психодинамические, экзистенциально-гуманистические и сугубо технические подходы, но их не так много. Опытный российский клинический психотерапевт и сегодня применяет разнообразные психотерапевтические методы, отталкиваясь именно от разнообразия клиники. Так было и в давнюю пору свободного применения у нас психоанализа: психоанализ смешивался с другими психотерапевтическими воздействиями (например, с гипнотерапией), преломлялся клинически (работы

Бориса Егорова), подобно тому как клинически применяли психоанализ Эрнст Кречмер и Эуген Блейлер. Виктор Макаров полагает, что в основе «новой российской психотерапии» «лежит отечественная клиническая психотерапия» (Независим. психиатр. журн., 2000, II, с. 32).

14. Об отечественных психотерапевтических школах. На Западе принято историю научной психотерапии начинать от Фрейда. Это, конечно, так, но лишь для углубленной психологической психотерапии. История клинической общемедицинской научной психотерапии идет от хирурга Джеймса Брэда, который в середине XIX века установил, что погружение в гипноз зависит не столько от гипнотизирующего, сколько от способности гипнотизируемого гипнотизироваться. История клинической психиатрической психотерапии идет от Эрнста Кречмера, опубликовавшего свой психотерапевтический подход еще в первом издании «Медицинской психологии» (1922). Основоположник отечественной клинической психиатрической психотерапии Семен Консторум (1890—1950), думается, превзошел клиническую психиатрическую психотерапию немецкого языка практической подробной проникновенностью. В 1959 г. Московский институт психиатрии (на Потешной) выпускает его классическую книгу «Опыт практической психотерапии» (с очерком жизни и творчества автора, составленным Николаем Ивановым и Дмитрием Мелеховым); книга становится основой-руководством московской психиатрически-психотерапевтической школы. Почти одновременно, в 1958 г., в Ленинграде Бехтеревский психоневрологический институт выпускает книгу Елены Яковлевой «Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении» с предисловием Владимира Мясищева. В книге этой уже выразительно звучит концепция мясищевской патогенетической психотерапии неврозов. В сегодняшнем петербургском учебнике психотерапии («Психотерапия», 2000) под редакцией Бориса Карвасарского патогенетическая психотерапия Мясищева описывается в разделе «Динамическое направление в психотерапии». Там же описывается и сегодняшняя личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова как «дальнейшее развитие учения Мясищева о неврозах и их психотерапии» (с. 177) и «одна из наиболее разработанных в России психотерапевтических систем» (с. 71). Ленинградская школа психологической психотерапии в течение многих лет созвучно-плодотворно сотрудничала с психологической групповой психотерапией западных социалистических стран (Ледер,

Александрович, Кратохвил, Хауснер). В трудах Бехтеревского института вышло немало серьезных психологически-психотерапевтических работ. Психологически-психотерапевтическая направленность ясно видится и в известных книгах Карвасарского, прежних и теперешних. Основные работы московской клинико-психотерапевтической школы советского времени опубликованы в трех изданиях «Руководства по психотерапии» под редакцией Рожнова (1974, 1979, 1985). В сущности, это трехтомник: из издания в издание переходят лишь некоторые главы.

15. Таким образом, в России существуют сегодня две основные, давно сложившиеся психотерапевтические школы — московская школа клинической психотерапии и петербургская школа, в основном, психологической психотерапии. Карвасарский в упомянутом учебнике психотерапии подчеркивает разницу между психологическим и клиническим подходами в психотерапии: «если личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия больше предназначена для лечения невротических расстройств и опирается на психологические основы в понимании механизмов неврозов», то клиническая психотерапия психопатических, шизотипических, хронически-шизофренических расстройств «соответственно опирается на тщательный учет клинических особенностей пациента» (с. 48).

16. Конкретная цель доклада — обратить внимание Президиума Российского общества психиатров на существующую сегодня отечественную традиционную нашу клиническую психотерапию, которая теряется уже в широких, привезенных с Запада потоках психологической психотерапии. А между тем клиническому психологу, работающему с больными, думается, необходимо знать-чувствовать хотя бы элементы клинической психотерапии — для того, чтобы серьезно помогать пациентам и понимать друг друга с клиницистами.

1.10. Философия одухотворенной клинической психотерапии (2003) [132)]

Всякое недоброе нередко говорят у нас, особенно психологи, о клинической материалистической, естественнонаучной психотерапии. Де императивно-грубовата, перемешана с лекарствами, без теории, без экзистенциальной одухотворенности. Для некоторых известных наших психологов (Холмогорова, Тхостов) отечественной материалистической, естественнонаучной психотерапии, т. е. психотерапии, не построенной на психологической теории, как будто бы в се-

рьезном смысле и нет вовсе. Это лишь примитивный кусок из истории психотерапии. В известных мне современных учебниках и руководствах по психотерапии, составленных психологами-психотерапевтами, нашими и заграничными, о клинической психотерапии Эрнста Кречмера, Якоба Клези, Макса Мюллера, Семена Консторума, Игоря Сумбаева ничего нет.

Виктору Викторовичу Макарову приходится сегодня напоминать нам, что существует отечественная клиническая психиатрически-психотерапевтическая школа, что «необходимо понимание со стороны руководства отечественной психиатрией необходимости развития отечественной клинической психотерапии» (Макаров В.В., 2001, с. 149).

Да, клиническая материалистическая, естественно-научная психотерапия идет не от Духа, не от какой-либо психологической ориентации, сотканной из духа, не от модели, а от самой Природы. От подробного чувствования природы того, кому помогаем, с одновременным материалистическим осмыслением того, что чувствуем. Клинической психотерапии, основанной на клиническом мироощущении, по-моему, не научишься, если не предрасположен к ней своей природой. Зигмунд Фрейд и Виктор Франкл были психиатры-психотерапевты, но не клиницисты в психотерапии — в отличие от психиатров-психотерапевтов Эрнста Кречмера и Семена Консторума. Вто же время среди психотерапевтов, что учатся у нас на кафедре* или в Лиге, не так редко встречаются психологи, педагоги, философы, весьма предрасположенные к клиническому мироощущению, к клинической психотерапии. Многие из них жалеют, что не имеют врачебного диплома. Психотерапевт с прирожденным материалистическим мироощущением (как не раз уже отмечал) чувствует свое тело источником своего духа, при всем том, что дух его содержательно напоен жизнью в человеческом обществе, в культуре. Это соотношение между духом и телом чувствует он и в других людях. Впрочем, клиницисты нередко понимают, что другие, тоже душевноздоровые, люди могут чувствовать свое тело, напротив, приемником для изначального духа. Обусловленное прирожденным чувством-переживанием первичности материи живое материалистическое мироощущение есть основа гиппократовского клиницизма и

* Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования (Москва).

имеет такое же право на существование, как и идеалистическое мироощущение, ставшее основой психологической науки. Таким образом, клиническая психотерапия, конечно же, не есть ветеринарная психотерапия, но имеет с ней общие природные корни и, в частности, земное тепло к тому, кому помогаем.

Клиницизм слышит людей, природу, культуру, порою в одухотворенных тонкостях, но он не слышит изначальности Духа ни в живом человеке, ни в символе, ни в сновидности; он не способен внимать этой изначальности. Свободный от чувства изначального Духа, он не свободен от чувства Природы, чувствуя себя ее частицей, развивающейся, движущейся вместе со всей Природой по стихийным природным дорогам-закономерностям. Клиницист обычно сердечно, по-земному, любит пациентов и Природу. Бога любить не может, а к природе тянется, как к изначально-земному. К весенним, ярко-желтым одуванчикам, бабочкам-шоколадницам, синицам. Тянется по-земному к Природе и в тех людях, собаках, кошках, что ему по душе. В творческом общении с Природой клиницист просветленно чувствует себя более самим собою, хотя и понимает с грустью, что из всей Природы только близким ему людям, некоторым его пациентам и еще, может быть, каким-то домашним животным нужна его забота-любовь. Как естественник, клиницист помогает природе в своих пациентах совершеннее защищаться от вредоносных воздействий (внутренних, даже генетических, и внешних), по-гиппократовски полагая Природу главным (хотя и стихийным) врачом, а себя ее вдумчивым помощником. Не случайно, думается, основоположнику западно-европейской клинической психотерапии Эрнсту Кречмеру так близок был Гете.

Глубокий, с богатейшим клиническим опытом клиницист-терапевт Владимир Харитонович Василенко (1897–1987) соглашается с Клодом Бернаром в том, что именно это гиппократовское положение о враче как помощнике Природы есть «первый научный закон медицины» (Василенко В.Х., 1985, с. 41). Клиницист, в отличие от истинного психолога, живет тщательным изучением клинической картины именно потому, что в ней понятным ему языком изображена эта защитно-приспособительная работа Природы. В том числе и при душевных расстройствах, даже здоровых душевных неуютах. Патология и здоровье — неразрывный природный процесс, и в этом смысле любой здоровый природный характер есть тоже сложная защита-приспособление, как и какой-либо синдром. Клиническая психопа-

тологическая картина, включающая в себя характерологическую почву, светится для клинициста именно природным (имеющим свою природную основу) духом, даже если клиницист еще и не общался словесно-клинически со своим пациентом. Вот смотрим на «Автопортрет в берете» Клода Моне и клинически чувствуем его внутреннюю тревожную напряженность. Для прирожденного клинициста, будь он живописцем или просто не равнодушным к живописи человеком, это душевное-духовное переживание не изначально, не гнездится в теле, а страдающее тело светится, дышит страдающим духом. Вот рембрандовская «Женщина у ручья». Женщина, по-видимому, душевно здорова, и тело ее светится внутренним солнечным теплом. Женская скромная доброта в ее крестьянских коленках. Этот теплый свет здесь также не изначален. Изначально природное тело, и уже оно светится духом. Свет обнаруживает тут в себе свое телесное происхождение: душевные, духовные особенности выразительно отвечают телесным. Так и одухотворенный клиницист клинически общается со своим новым пациентом поначалу без слов, а только, порою поистине благоговейным, рассматриванием человека с гиппократовским земным теплом-заботой. То есть с переживанием-пониманием духовно-телесной уникальности, бездонности-беспредельности того, кто перед ним сидит и, быть может, взволнован этой встречей. В этой клинической встрече нет чисто-психологического, психоаналитического поиска происков бессознательного и нет экзистенциальности в подлинном ее понимании — как состояния духовного света, существующего как бы вне природы, вне времени и пространства. Клиницист сам наблюдает свое клиническое переживание как природное, земное, проникнутое профессиональным опытом, сердечностью-уважением к тому, кто нуждается в его помощи. То, что нередко называют божественной искрой, в сущности, как бы растворяется в одухотворенно-размышляющем клиницисте, становится содержательным светом его тела. И, видимо, в этом смысле сказал Гиппократ, что «врач-философ подобен Богу».

Ипполит Васильевич Давыдовский (1887—1968), лекции которого слушал в студенчестве, с исследовательской добросовестностью рассматривая открытые тела умерших больных, удивлялся, например, нередко счастливому атеросклеротическому приспособлению венечных артерий, без которого приступы стенокардии и инфаркт миокарда могли бы наступить много раньше. При всем, казалось бы, стихийном несовершенстве организмического приспособления-защиты (несовершенно все в Природе) Давыдовскому удалось

рассмотреть и осмыслить на бесчисленных вскрытиях множество фактов замечательно состоявшегося природного приспособления-защиты, благодаря чему человек жил в своих делах, и у врачей долгое время не было клинических оснований говорить о грядущей катастрофе (Давыдовский И.В., 1962, с. 86, 100). Природная приспособляемость как «сущность живого» (Давыдовский И.В., 1962, с. 24) для клинического психотерапевта есть и основа жизни души. Рассматриваю аутистические, психастенические, синтонные и другие особенности природного характера, особенности депрессивности, навязчивостей, деперсонализационных переживаний-страданий (в том числе сложного философского содержания) — как попытки человеческой природы приспособиться к почти всегда более или менее трудной жизни своими выкованными эволюцией способами. Кстати, психологическую защиту многие психологи и даже врачи понимают в ином, не клиническом духе (см. Киршбаум Э., Еремеева А., 2000). Сообразуясь с картиной природной самозащиты, отправляясь от продуманной системы показаний-противопоказаний, измеряя так или иначе клинически терапевтическую эффективность, разнообразно-профессионально помогает клиницист-психотерапевт своею душой — суггестивно, рационально-когнитивно, поведенчески, аналитически, телесно-ориентированно, креативно и т. д. И как-то еще особенно, что никогда не сможем уложить в окончательные формулы, термины.

Художник идеалистического склада души изображает человеческое тело не источником духа, а обычно как бы символически или сновидно материализованным Духом (Матисс, Борисов-Мусатов). При этом порою в живописи, как и в прозе, будто бы даже царствует первичность материи (Нестеров, Лермонтов), а всмотришься — и чувствуешь, что это все же лишь реалистоподобность, ибо все земное, материальное подсвечено здесь мягким светом изначальности Духа. Так и научные работы психологов наполнены суховатыми теоретическими размышлениями-символами, концепциями, формулами, неуловимыми сновидностями, а истинно клинические работы отмечены реалистически-практическим земным полнокровием с чувством изначальности телесного (например, работы Сергея Корсакова, Эрнста Кречмера, Петра Ганнушкина, Эугена Блейлера, Семена Консторума). Когда же встречаем просто интерес (даже подчеркнуто-углубленный) к комплексам симптомов, к отдельным болезням без чувства природной почвы-источника, без стремления к дифференциальной нозологической диагностике, то здесь

обычно нет и чувства полнокровно-саморазвивающейся Природы как источника Духа. Есть чувство пошатнувшегося телесного сосуда-приемника, материального изделия, нуждающегося в медицинском (в том числе психотерапевтическом) ремонте. Так бывало, кстати, и в гиппократовское время (например, книдская медицинская школа).

Из всего этого, думается, жизненного размышления мне понятнее психоаналитически-философская эмоциональная отстраненность от душевных переживаний пациента, клиента и экзистенциально-неземная глубинная одухотворенность в экзистенциальном психотерапевтическом контакте — в сравнении с клинически-земной, полнокровной задушевностью в отношениях клиницистов (и психотерапевта, и соматолога) с теми, кому они помогают.

Немало писал об одухотворенной клинической психотерапии (Бурно М.Е., 2000), психотерапии, основанной на человечески-природных закономерностях (клинических, характерологических), а не на отделенных от природного, физического «закономерностях психического», не на «категориях субъективного сознания», как это происходит, например, в «субъективной медицине» Тхостова (Тхостов А.Ш., 2002, с. 268–269).

Закончу очерк клинико-психотерапевтическим примером.

Мучилась лет десять в хроническом сложно-атипическом депрессивном расстройстве, резистентном к психотропным препаратам, молодая женщина-врач. «Самое дурное, тяжелое, — рассказывала она,— это одиночество, при котором кругом люди, но такая тоска, что это не мой мир. Извлететь не могу, и спуститься не получается. И лекарственная приглушенность души мне не нужна. Разумом знаю, что не имею права претендовать на внимание, тепло, любовь. Это редкие ценности. Но душа уму не подчиняется, ищет, надеется и разочаровывается. В то же время в другой плоскости жизни я вполне адаптированный обыватель. От чувства омерзения и стыда мечусь между собой и собой. И постоянно жду, когда же начнется настоящая жизнь». Клинически рассматриваю это страдание: природа разлаженной души отчаянно-трагически ищет себя, свой смысл, свою любовь, свою опору. Как поспособствовать Природе приспособиться здесь совершеннее? Ясно, что важно помочь коллеге глубже познать себя, свою природу. Но как? Внушать это знание или некое благо? Но природа сама не пытается защищаться здесь вытеснением, самовнушением, не отвечает суггестии. Психоанализ? Природа души в дан-



ном случае не склонна и к символической защите — не проникается системой символов вообще или в духе той или иной психоаналитической школы. Страдающие подобными расстройствами просят, не навязывая им какую-либо теоретическую модель, помочь по-земному понять себя так, чтобы в этом понимании-осознании себя — очевидной стала жизненная правда. Не помогают ни экзистенциальные, ни религиозно-психотерапевтические подходы. Нейролингвистических психотерапевтов такие пациенты обычно просят не манипулировать ими, потому что и без того тошно им не чувствовать себя собою. Разъяснять, что такое эндогенная депрессия? Убеждать, что страдание рано или поздно смягчится, ослабеет, что нужно чем-то отвлечься, потерпеть, заняться творчеством или, сжав зубы, считать до ста и, пусть механически, но делать свои дела, профессиональные и домашние? Всего этого здесь далеко недостаточно, как недостаточно и активирования поведенческих сеансов. Тоскливая, одинокая душа бурлит, «мечется между собою и собой». Хочет быть самою собой, хочет любви и смысла. Остается мне предложить коллеге, не спеша, погрузиться в клиническую терапию творчеством — терапию творческим самовыражением, существо которой и состоит в изучении, в разнообразном творчестве своей природы: прежде всего, своей сложной, атипической депрессии, своих конкретных характерологических радикалов в их полифонии — для целебного поиска себя, своего творческого вдохновения, своего сильного, своих жизненных дорог и тропинок (Бурно М.Е., 2000). И в том числе для поиска своего целебного пути к Богу, если человек предрасположен природой своей к религиозному мироощущению.

Вот что написала эта женщина через полтора года работы-жизни в Терапии творческим самовыражением (ТТС). «При соприкосновении с ТТС я все ближе и ближе подходила к себе и постепенно узнавала, почему ты, болящий клубок противоречий, именно такой, а не эдакий, удивляясь тому, что, изучая себя, встреча с собой не так уж страшна. Я все меньше стесняюсь себя и принимаю себя в ощущении неполноценности, терпимее и терпимее становлюсь к другого рода жизнеизъявлению, я чувствую себя живой. Терапия творческим самовыражением для меня не только практический метод моей психотерапевтической жизни, в большей мере — это основа моей философии. Потому что моя аутистичность ведет меня к вере, психастения — к мысли, эпилептоидность— к порядку и прямоте, истероидность — к яркости, отсутствие синтонности — к теплым людям, а осознание

всего этого — к Богу. Нащупывая свой характер, мы обретаем свое внутреннее «я», приближаемся к своему внутреннему центру, который связывает нас с Богом, как бы он не был назван: Творчество, Красота, Любовь, Абсолют. Суть — Духовность».

В чем состояло здесь существо психотерапевтической работы? Коллега в задушевном общении со мной и с группой творческого самовыражения клинически изучала творческие особенности своей больной души — для того, чтобы обрести свою, целительную для нее, одухотворенно-творческую жизнь, в которой смягчается, пригашивается симптоматика-страдание.

Без этого креативного клинико-психотерапевтического процесса, к которому коллега сама подспудно-внутренне тянулась еще до нашей совместной с ней работы, не поможешь человеку стать вдохновенно-творческим собою, сообразно своей природе, не оживишь стойко его душу. Этого не могла сделать и красочно-одухотворенная неклиническая (в мироощущенческом смысле) арт-терапия.

Благодарю коллегу за ее разрешение рассказать о ней ее же словами. Но многим «психологическим» пациентам, клиентам, психотерапевтам необходима иная, разнообразно-психологическая психотерапия (например, психодинамическая, экзистенциальная, религиозная), а клиническая психотерапия им не поможет. Важно мудро принять всей душой необходимость бесконечного разнообразия нравственной психотерапии, как и вообще бесконечное разнообразие Добра.

1.11. О СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (2004)*) [135)]

Как не раз уже отмечал (Бурно М.Е., 2000—2004), коренное, глубинное отличие клинической психотерапии от психологической — не в том, что это терапия больных людей, хотя практически это чаще так и есть. Дело в том, что способами *клинической* психотерапии может по-своему помогать здоровому человеку с душевными трудностями врач-клиницист. А психолог по-своему, способами *психологической* психотерапии, может профессионально помогать больному человеку, и тогда его называют «клиническим» или «медицинским» психологом.

*) Доклад на Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты» 5 октября 2004г.

Коренное отличие клинической классической психотерапии от психологической состоит в том, что она основана не на психологической теории, а на естественно-научном, клиническом мироощущении-мировоззрении, как и вся клиническая медицина. Это гиппократовское существо клинической медицины, психотерапии сегодня порядком забыто. Поэтому иногда прибавляю теперь к слову «клиническая» слово «классическая» по совету Рашита Джаудатовича Тукаева, благодарный ему за этот совет. Клиницизм — не теория в истинном смысле, но тоже наука, научное искусство. Иначе клиническая медицина была бы просто ремеслом или целительством. Именно в этом смысле основоположник классической клинической психиатрической психотерапии Эрнст Кречмер уже много лет назад «дружественно, но все же решительно» не соглашался с коллегами, стремящимися к «к сознательному обособлению психологической работы от методов и понятий всего естествознания в целом (Кречмер Э. Медицинская психология, 1927. С. 10). Уместно здесь (так же лишь в отношении к клинической психотерапии) вспомнить известное консторумское: «клиника должна руководить психотерапевтом» (Консторум С.И. Опыт практической психотерапии, 1962. С. 23).

Материалистическая психотерапия врача-клинициста может быть по-своему психологически сложной, одухотворенной. Ни Корсаков, ни Блейлер-отец, ни Кречмер-отец, ни Ганнушкин, ни Консторум не были специалистами идеалистически-психологического, теоретического склада. Но они были в своей живой, теплой материалистичности по-земному, чеховски одухотворены.

Наш школьный учитель математики, пожилой добрый Алексей Петрович шел на уроках к сложностям своего предмета от простого. Он медленно писал мелом на доске округлые крупные знаки, будто сам все это постигал вместе с нами. Все повторял, что необходимо все то, что он пишет, рассказывает, не просто понять, а *прочувствовать*. И я чувствовал, что он чувствует эти математические символы как свое родное. А я эти символы не чувствовал, как ни старался. На всю жизнь в меня вошло из этих уроков убеждение в том, что для того, чтобы поистине прочувствовать что-то более или менее сложное, надо иметь к этому природное расположение, природную способность это чувствовать. Тот из нас, кто расположен природой своей к подлинной гиппократовской клинической медицине, клинической классической психотерапии в частно-

сти, т. е. к естественно-научному, практическому, живому, диалектико-материалистическому мироощущению,— тот чувствует в себе и в людях стихийно саморазвивающуюся из себя самой (без внешней Духовной Силы) Природу, и в том числе природу своей идеальной (нематериальной) души. Чувствует душу свою неотделимой от тела, чувствует, как тело его светится духом, «пока живу». «Она все»,— сказал Гете о Природе (эссе Природа, 1783). А коллега, расположенный к идеалистически-теоретическому, психологическому мироощущению, к психологической психотерапии, не чувствует всего этого, не способен прочувствовать. А что он чувствует? Или неясность своего мироощущения, или одновременную первичность и тела, и духа. Или испытывает откровенно-идеалистическое чувство, обычно усиливающееся с годами, чувство известной самостоятельности, самособойности своего духа, а значит, и чувство бессмертия души. Для коллеги с психологически-идеалистической природой души тело не источник, а приемник духа. Подлинная реальность для него — не материальная, а духовная. Выразить ее невозможно полнокровными, земными образами и полнокровными, земными размышлениями. Выражается дух символами или сновидениями. Они и есть язык теоретических, экзистенциальных и религиозных переживаний. Подобно тому, как икона не есть реалистическая живопись,— психологически-теоретический текст Роджерса или Франкла не есть сердечно-земной, клинико-практический текст Консторума или Э. Кречмера. Посему и живое подробное описание клинической картины, рассказывающей клиницисту, как самозащищается стихийная природа больного человека от болезнетворных воздействий, дабы клиницист помог ей защищаться совершеннее, не представляет для психолога особенной ценности. Он идет не от клиники, не от дифференциальной диагностики, не от строгой системы показаний, противопоказаний, а от какой-то своей психологической, теоретической ориентации, толкуя из *нее просто страхи*, *просто навязчивости*, *просто тоску* — без дифференциально-диагностических, нозологических раздумий. Клиницист же будет *по-разному* психотерапевтически переживать и действовать в зависимости от того, например, психопатические это навязчивости, сверхценности или эндогенно-процессуальные. У него психотерапевтически *по-разному* светится душа — к ананкасту или к шизотипическому дефензивному пациенту. Он знает, при каких нозологических формах какие психотерапевтические воздействия могут принести вред. Например, спровоцировать психоз.



Клиническая классическая психотерапия, порою высоко одухотворенная, несет в себе, как и психотерапия психологическая, все древние психотерапевтические «механизмы», заложенные в человечестве (суггестивный, групповой, аналитический, креативный и т. д.), но реализует их по-врачебному, клинически.

Так сложилось, что клиническая классическая психотерапия в своем разработанном, систематизированном состоянии сегодня существует и развивается преимущественно в России, благодаря тревожно-материалистическим особенностям души многих российских пациентов, благодаря тому, что с известными трудностями клиническая психотерапия могла все же развиваться у нас, как и вся клиническая медицина, все советское время провозглашенного в науке диалектического материализма. Клиническая психотерапия не виновата в этом. Как и произведения Толстого, Чехова не виноваты в том, что их предлагали большевики с уважением изучать в советской школе.

Клиническая психотерапия («наше национальное достояние» — В.В. Макаров, Психотерапия нового века, 2001. С. 60) — прежде всего для больных, во всяком случае в России, а психологическая — прежде всего для здоровых. Впрошлую пятницу на кафедрально-психотерапевтической конференции пришлось познакомиться с пациенткой — молодой женщиной, опытным психологом-психотерапевтом в состоянии клинически сложной тягостной апатической депрессии. Она решительно отвергала все известные психологические нейтральные психотерапевтические техники, тут же тонко распознавая их, отвергала как манипуляции, еще более мешающие ей в депрессии чувствовать себя собою. Но с благодарностью принимала она от доктора Аллы Владимировны Александрович естественное, идущее из души, клинико-психотерапевтическое участие в своей судьбе, формирующее необходимый для существенной помощи страдающему эндогенно-процессуальному пациенту особый сердечный лечебный контакт.

К сожалению, даже многие молодые врачи у нас не знают о классической клинической психотерапии, поскольку читают учебники психотерапии, написанные психологами. Психологи же вообще нередко считают такое классическое понимание клинической психотерапии «надуманным».

Убежден, что психотерапевту-психологу, работающему в психиатрии в России, необходимо изучать с помощью клиницистов и способы классической клинической психиатри-

ческой психотерапии в истинном отечественном, консторумском ее понимании. Медицинской литературы, вообще возможностей для этого — вполне достаточно. Клиническая психотерапия преподается и на нашей кафедре — для врачей и психологов.





Глава 2

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ВРАЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВНУШЕНИЯ, ГИПНОЗА И АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ. РАЦИОНАЛЬНАЯ, АКТИВИРУЮЩАЯ И КЛИНИКО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

2.1. Кратко о природе гипноза и его дифференциально-диагностической ценности (Из «Докторского доклада», 1998) [115)]

Результатом клинико-психотерапевтического изучения картин гипноза у различных пациентов (256 случаев) явилось клиническое представление о природе гипнотического состояния как вызволенной гипнотизацией особой индивидуальной природной, прежде всего психологической, защитной раскрепощенности, свойственной данному человеку. Так, например, психастеник при гипнотизации обнаруживает свою деперсонализационную защиту — гипнотическую картину (деперсонализационный гипноз), больной истерией — «вытеснительную» защиту (сомнамбулический гипноз)*. Классический гипнотический сомнамбулизм характерен для больных истерией, многих циклоидов. У аутистов нередок «интравертированный сомнамбулизм» с известной внутренней самостоятельностью гипнотической картины, наполненной собственными (не внушенными психотерапевтом) образами. У дефензивных циклоидов нередко встречается «ориентированный сомнамбулизм». Описаны и шизофренические «чувственно-расщепленный» и «выхолощенный» сомнамбулизм, и гипнотические картины в виде «пустого остолбенения» («чувственно-пустой сомнамбулизм» — без красок) у деградированных алкоголиков, примитивных пациентов, дебилов. Таким образом, клиническая картина гипноза может служить дифференциальной диагностике. Настоящие исследования продолжил И.В. Салынцев (1999)**.

---

* Подробнее об этих «защитах» — в 2.2 и 2.3.

** Современные отечественные глубокие клинические и теоретические исследования гипноза см. в работах Р.Д. Тукаева (2003, 2006) (Примеч. 2006 г.).

2.2. Суггестивная терапия, гипнотерапия, рациональная, активирующая, клинико-аналитическая терапия (Из «Справочника по клинической психотерапии», 1995) [85)]

Суггестивная терапия, СПТ (лат. *suggestio* — добавление, прибавка, внушение) — это лечение внушением. Оно возможно в бодрствующем или гипнотическом состоянии, а также в состоянии лекарственного или естественного сна. Лечение внушением в лекарственной оглушенности принято обозначать как разновидность *наркопсихотерапии.*

Внушение (от старосл. «вън уши» — «в уши»), как намекают нам и синонимы этого слова (в разных языках), есть, по сути дела, в противовес разъяснению и убеждению, «вкладывание» в душу пациента, человека вообще, различных мыслей и чувств. Внушение идет в этом смысле мимо разума, критики, «в уши», по дороге веры, часто претворяясь в аутосуггестию-самовнушение. Так, человек, принимающий таблетки от каких-то своих расстройств (да еще по сложной схеме-расписанию) или получивший от врача четкую лечебную установку, невольно проникается аутосуггестивным ожиданием улучшения или даже просто целебным вниманием к тому, что же теперь с ним произойдет. Нередко при лекарственном лечении помогает преимущественно как раз именно этот целительный душевный настрой (внушение, самовнушение), хотя и здесь дело не обходится без «лекарств», но уже — внутренних, организмических, приведенных в действие внушением. Внешнее же лекарство в таких случаях называется «плацебо» (греч. *placebo* — мнимый). Подобное чреспредметное (напр., чрестаблеточное, чрез какую-то процедуру), иногда «молчаливое» внушение принято называть *косвенным* в отличие от *прямого* внушения. При прямом внушении ожидаемый результат лечения ясно звучит в словах лечащего: например, «уходят, уходят страхи». А при косвенном внушении, например, просто психотерапевтически смазываем бородавку бирюзовой краской. Нередко прямое внушение сливается в одно и с косвенным внушением, и с биологическим действием лекарства (напр., «заснете крепко от этой снотворной таблетки»). На возможности косвенного внушения основывается и прием старинного врачебного назначения каких-то безвредных воздействий в случаях, когда еще не ясно, что это за болезнь, или больной безнадежен, — ut aliquid fiat (лат., «чтобы хоть что-нибудь делать»).

Если для усиления психотерапевтически-рассудочного воздействия на пациента должно позаботиться о том, чтобы

голова его была как можно более чистой, свежей, критически напряженной, и объясняться с пациентом следует как можно проще, логичнее, эмоционально скромнее, сдержаннее, то при лечении внушением, напротив, пусть пациент «заразится» нашей живой эмоциональностью, либо душевно подтянется от императивных нот в нашем голосе и осанке, либо расслабится на диване — мышечно и, значит, мыслями тоже. Во всех этих случаях усилится его внушаемость за счет ослабления логически-критического отношения к тому, что ему говорим и что вообще здесь происходит. Таким образом помогаем пациентам поверить нам. При этом важно знать, что пациенты рассудочного склада (напр., психастеники, ананкасты, а также многие больные шизофренией) мало предрасположены особенно к прямому внушению (оно даже их раздражает). Люди шизоидного (аутистического) склада склонны проникаться внушением, сообразным содержанием своим с их аутистической (самособойной, развивающейся по своим внутренним закономерностям) системой, мироощущением. Инородную, «чужую» содержанием, структурой суггестию (даже исходящую от аутиста, но с иной аутистической картиной, структурой) такой пациент нередко отвергает. Довольно высокой внушаемостью отличаются больные истерией, неустойчивые психопаты, многие циклоиды, эпилептоиды, неврастеники, фобические невротики, алкоголики. Более внушаемы в массе своей также дети, подростки, женщины, душевно-незрелые «романтики», наивные натуры, примитивные люди.

Лечение внушением в гипнотическом состоянии принято называть **гипносуггестивной терапией**, или **гипнотерапией** (см.).

Разработаны у нас и приемы лечения внушением в естественном сне (Свядощ, 1982).

Проверка внушаемости (пробы на внушаемость) есть чаще всего одновременно и проверка гипнабельности.

Самые известные и доступные *способы проверки внушаемости*

Первые пять из них — приспособленные к проверке внушаемости способы Э. Куэ (1929), предназначенные Куэ для того, чтобы явственно ощутить в себе стихийную силу самовнушения.

1. Падение вперед. Пациент вытягивается, как доска, ноги вместе, подвижность остается лишь в голеностопных суставах, глаза закрыты. Психотерапевт, стоя лицом к лицу с пациентом, скользит пальцами вытянутых рук по его вискам, будто притягивает его к себе, приговаривая: «Падаете, па-да-е-те вперед!» Выразительное падение, качание вперед-

назад говорит о высокой внушаемости. Врач предупреждает пациента, что поддержит его, не даст упасть.

2. Падение назад. То же самое, но врач стоит сбоку и внушает: «Падаете, па-да-е-те назад!» При этом он отводит в сторону ладонь, которой подпирал затылок пациента.

3. Качание. Пациент — в той же позе «доски», неустойчивого равновесия. Психотерапевт говорит ему, что при малейшем толчке спереди или сзади его потянет в ту сторону, — и чуть подталкивает его за плечо спереди или сзади.

4. Замок. Пациент складывает руки, скрещивая пальцы так сильно, что руки слегка дрожат. Психотерапевт внушает: «Трудно разорвать руки, трудно, пробуйте!» Неспособность пациента «разорвать» руки говорит о высокой внушаемости.

5. Маятник (опыт Бэкона). Пациент держит в руке нитку с небольшим тяжелым предметом на конце (металлический шарик, ключ и т. д.). Пусть он закроет глаза, а психотерапевт внушает ему, что маятник движется вперед-назад, потом — вправо-влево, потом — по кругу. Если все это отчетливо совершается — хорошая внушаемость.

6. Способ С.Н. Астахова (1936). Врач говорит пациенту, у которого закрыты глаза: «Не удивляйтесь, сейчас я надавлю вот здесь и Вам будет трудно открыть глаза». И слегка надавливает пальцами в области надбровных дуг (foramen supraorbitalis). Если пациент не может после этого открыть глаза — высокая внушаемость.

Лечебное внушение в бодрствующем состоянии (наяву) в стихийных, религиозных (напр., шаманских) формах существует с давних пор, а врачебно практиковали его уже Д. Брэд в середине прошлого века и позднее — И. Бернгейм, В. Бехтерев.

Вот основные, широко применяемые у нас *методики лечения внушением в бодрствующем состоянии*.

1. Методики К.И. Платонова (1962)

1. Внезапное прямое внушение. Возможно лишь тогда, когда врач пользуется у пациента высоким авторитетом. Например, после анамнестической беседы повелительно, твердо и неожиданно для беременной психотерапевт произносит: «Итак, у Вас все кончено, рвоты больше нет!». И в ответ на недоумение и растерянность пациентки: «Будет так, как сказано! Запах и вид пищи тошноты и рвоты не вызывают, можете есть все, что полагается! Разговоры излишни! Идите домой и будьте здоровы!»

2. Косвенное внушение при психопрофилактической подготовке больных к хирургической операции, беременных — к родам и т. п.

2. Методика Г.В. Зеневича и С.С. Либиха (1965)

Пристально смотря в глаза больному алкоголизмом, говорим отчетливо, громко, тоном, не терпящим возражений: «Сидите спокойно! Смотрите мне в глаза! Смотрите пристальнее, глубже! Еще! Еще! Вы подчиняетесь всем моим внушениям, всем словам. Каждое слово глубоко проникает в Ваше сознание. Ваша нервная система воспринимает все внушения; они лечат Вас, улучшают Ваше состояние». Затем — короткие, ясные терапевтические внушения.

3. Методика А.М. Свядоща (1982)

Пациенту предварительно объясняем «нервность», необоснованность его тревог и страхов и приступаем к внушению наяву в духе одного из следующих вариантов.

Вариант 1. Негромко, но повелительно приказываем: «Смотрите мне прямо в глаза!» 5 секунд пристально смотрим на пациента и произносим: «Закройте глаза!». Либо сразу же предлагаем закрыть глаза. Кладем правую руку на лоб пациента, который закрыл глаза. Сжимаем пальцами виски пациента и медленно, напряженно, 3–4 раза с интервалами в несколько секунд произносим формулу внушения. Затем, через 10 секунд, спокойно и вкрадчиво произносим несколько фраз, кратко объясняющих содержание внушения. При этом снимаем руку с головы пациента или расслабляем руку. Еще через 10 секунд вновь слегка нажимаем рукой на лоб пациента и громко, резко, напряженно 3–4 раза повторяем формулу внушения. При внушениях нормальной работы органов как бы поглаживаем рукой эти органы. Например, внушая свободу речи, слегка массируем гортань. Внушения во время одного сеанса 3–4 раза чередуются с объяснением-убеждением.

Вариант 2. В отличие от первого варианта сообщаем пациенту, что будем лечить его сеансами внушения и поясняем механизм его действия.

Вариант 3. Во время беседы с пациентом, пациенткой или перед расставанием молча пристально несколько секунд смотрим в лицо и, сменив спокойный тон на резкий, напряженный, внушаем, например, пациентке, которую оставил муж: «О муже теперь не думаете, не думаете! Вы о нем забыли, забыли!»

Вариант 4. Пациенту предварительно внушается состояние «полного безволия», пассивной подчиненности. Его можно вызвать суггестивной формулой И.С. Сумбаева (1946): «Под влиянием внушения Вы впали в состояние полного безволия, полной подчиняемости. Но Вы не спите. Вам совершенно не хочется спать... Вы не оказываете мне ника-

кого сопротивления, полностью мне доверяете, зная, что я не буду злоупотреблять Вашим доверием ко мне. Вы будете находиться в этом состоянии безоговорочного подчинения до тех пор, пока я Вас из него не выведу. В этом состоянии Вы чрезвычайно восприимчивы ко всем внушениям и приказаниям, которые я делаю, ко всем словам, которые я произношу. Вы не обращаете внимания на присутствующих лиц. Вы ни о чем не думаете, кроме того, о чем я Вам говорю. Вас ничто не беспокоит, не тревожит. Вы чувствуете себя очень хорошо». В этом состоянии — лечебные внушения.

4. Методика П.И. Буля (1974)

Предлагаем пациенту расслабиться лежа или сидя в затемненной комнате, закрыть глаза и после 5—10 минут адаптации к обстановке слушать голос врача, не сопротивляясь охватывающей легкой дреме. Формулы лечебного внушения произносятся тихо или громко, но всегда выразительно-эмоционально и повелительно. Пример лечения художественно-впечатлительного пациента 40 лет с функционально-невротическими сердечно-сосудистыми расстройствами. «Расслабьте всю мускулатуру Вашего тела!.. Дышите спокойно, глубоко... В этом состоянии покоя, отдыха Вы будете хорошо воспринимать все мои слова, все мои внушения! С каждым последующим сеансом суггестии Вы будете все лучше расслабляться в этом кабинете, все лучше воспринимать и фиксировать в своем сознании все мои формулы и внушения. Спать Вы не будете, никакого гипноза у Вас не будет, но тем не менее с каждым последующим сеансом суггестивной психотерапии Вы будете отмечать, как улучшается Ваше состояние, самочувствие и настроение... Вы будете замечать, что улучшается Ваш обычный нормальный ночной сон... Вы будете ложиться в постель в строго определенное время... К этому часу Вы будете отмечать, как с каждым разом Вы все больше и больше хотите спать... Вы охотно будете ложиться в постель, и как только Ваша голова коснется подушки, Вы будете быстро, приятно и совершенно незаметно погружаться в физиологический сон (...). По мере того, как будет укрепляться Ваш нормальный ночной сон, Вы будете отмечать, что исчезают Ваши боли в области сердца, которое, как показали специальные исследования, совершенно здорово и не имеет никаких органических изменений! У Вас прекрасное, молодое и совершенно здоровое сердце, сосуды, кровяное давление! Боли в сердце возникали у Вас из-за расстройства нервной системы функционального и вполне излечимого характера в связи с переживаниями и

нарушениями сна (...)». После 20-го сеанса (по этой же схеме) пациент сам попросил прекратить лечение, так как чувствовал себя совершенно здоровым.

5. Методики лечения внушением детей (А.И. Захаров, 1977)

1) *внушение с фиксацией взгляда ребенка на лице врача*

Пристально смотрим в глаза больному. Например, при психогенных навязчивых тиках говорим тревожному мальчику: «Слушай меня внимательно. Тебя беспокоят лишние движения, и ты не можешь от них избавиться. Я помогу тебе в этом. Тебе не нужно бороться с ними. От этого они могут только усилиться. Я сделаю так, чтобы ты не волновался при их появлении. Все, что я скажу сейчас, окажет на тебя особое действие и поможет избавиться от лишних движений. С каждым последующим днем (при этом сила голоса повышается) ты все меньше и меньше их чувствуешь. Они перестают получаться. Они ломаются, как ломается ветка. Через некоторое время ты перестанешь их замечать, как раньше, они начнут уходить из тебя и не будут тебя беспокоить. Когда ты снова придешь ко мне, ты будешь чувствовать себя лучше и спокойнее». В каждом новом сеансе закрепляется полученное (в том числе словом поздравления и рукопожатием) и внушается дальнейшее улучшение. Затем психотерапевт обращается к преморбидной тревожности мальчика, на почве которой возникли тики, и стремится ее изменить, смягчить игровой, разъясняющей и семейной психотерапией, в заключение возвращаясь к целенаправленным внушениям, окончательно устраняющим тики. Продолжительность курса — до 1,5–2 месяцев. Интервал между первыми сеансами — 3–7 дней (чем младше ребенок, тем короче).

2) *внушение в состоянии релаксации* (для смягчения страха, напряженности)

Пациенту с закрытыми глазами, в кресле, внушается в течение 2–3 минут расслабление, покой. Затем — небольшая пауза. При выраженной релаксации терапевтическое внушение — более категоричное, нет релаксации — более мотивированное. Через несколько минут предлагаем открыть глаза, встать и пройтись по кабинету.

3) *игровая методика внушения для дошкольников* (при мастурбации, травмирующих сновидениях, некоторых страхах и истерических нарушениях)

Пациенту предлагается интересная игра. Врач тоже играет или «занят» своим. Время от времени врач как бы для себя

произносит короткие фразы внушения. Например: «перестал бояться», «кашель прошел», «спишь хорошо», «ночью сухой», «легко говорить», «перестал трогать» и т. д.

4) *косвенное внушение*

Это нередко единственно возможное внушение у младших дошкольников. Например, это — «замещение навязчивостей более приемлемым видом “ритуализированной деятельности”» (предписывается пунктуальный режим дня и т. д.).

5) *шоковое внушение* (при фиксированных невротических реакциях у подростков)

После ожидания (1—4 недели) заранее назначенного дня внушения (в присутствии вылеченных таким образом других ребят, а также родителей, медсестер) внушаем императивно и кратко, например: «По счету пять речь возвращается», «страх уходит» и т. д. Эффект шокового внушения более значителен в небольшой группе пациентов (напр., с ситуативным заиканием). Шоковое внушение неэффективно при навязчивых мыслях и движениях, но «свежие фобии» таким образом могут быть устранены.

Вышеописанные методики должны побуждать практического психотерапевта к свободному разнообразному лечебному творчеству по обстоятельствам, к созданию ***своих*** рабочих суггестивных приемов (быть может, лишь отталкиваясь от известных методик, но не следуя им слепо). При этом врач, работающий в духе ***клинической психотерапии***, основательно сообразует лечебное внушение с данной клинической картиной.

Наконец, можно серьезно предположить, что во многих случаях внушение в бодрствующем состоянии оказывается все же гипнотическим внушением. Чаще это — внушение в состоянии легкого транса (сомнамбулизма) с открытыми глазами у пациентов с живой «вытеснительной» защитой, легко впадающих при внушении в суженное помрачение сознания и легко выходящих из него (см. раздел **«Гипнотерапия»**). Поэтому противопоказания к лечебному внушению в бодрствующем состоянии таковы, как и противопоказания к гипнотерапии (см. **«Гипнотерапия»**).

Гипнотерапия (ГТ) — это лечение гипнотическим сном (гипнозом). Термином «гипносуггестивная терапия» обычно хотят подчеркнуть серьезную роль лечебного внушения в гипнотическом сеансе. Таким образом, гипноз (Гипнос —

древнегреческий бог сна, сын Ночи, брат Танатоса [Смерти]) — особое состояние (в отличие от естественного сна и бодрствования), целебное само по себе, даже и без суггестивной «добавки» (лечебного внушения). Клиническое учение о гипнозе начало развиваться с середины прошлого века, прежде всего благодаря работам Джеймса Брэда (Манчестер).

Природа гипноза. С точки зрения клинической (оставляем сейчас в стороне психологический и психоаналитический подходы к гипнозу) гипноз (гипнотический сон, состояние) по природе своей есть особая включенность-раскрепощенность глубинно-бессознательных индивидуальных защитно-приспособительных «механизмов» в загипнотизированном в ответ на гипнотизацию. Индивидуальность (в том числе, конституциональность) этих «механизмов» особенно наглядна, выразительна в душевной (психической) части гипнотической картины. Так, например, психастеник при гипнотизации (погружении в гипноз) обнаруживает родственную его душевной защите деперсонализационную гипнотическую картину (с чувством собственной эмоциональной измененности в виде приятного душевного онемения с достаточно ясным пониманием того, что происходит, без признаков сужения сознания). Больной истерией, при той же гипнотизации, обнаруживает свою, «вытеснительную» защиту — до более или менее выраженного сужения сознания (транс, гипнотический сомнамбулизм, т. е. снохождение с открытыми глазами, нередко со способностью галлюцинировать). Как известно, сомнамбулизм при гипнотизации наступает сразу же или не наступает вовсе (С.И. Консторум, 1959; К.И. Платонов, 1962). Таким образом, гипноз человека есть не что иное, как индивидуальная душевно-телесная реакция человека на своеобразное вмешательство в него в виде гипнотизации, оживленная, раскрепощенная гипнотизацией индивидуальная зашита, и отличается от гипноза животных («рефлекса мнимой смерти», напр., резко перевернутой лягушки) — тем, что, конечно, сложнее, разнообразнее лягушачьего, что особенно бросается в глаза в психических (душевных) проявлениях гипноза. Душевные и телесные проявления гипноза составляют для клинициста такое же единство, как душевные и телесные проявления алкогольного охмеления. У загипнотизированного обнаруживается биохимически в полном смысле «выплеск» драгоценного внутреннего защитно-целебного «эндорфинового вина». Не удивительно, что пациенты после получасового пребывания в гипнозе (даже без лечебного внушения) встают обычно такими освеженными, весело-энергичными,

и многие прямо сравнивают свое гипнотическое и постгипнотическое состояние с приятным легким, «шампанским» опьянением. В этом и состоит целебно-природный смысл гипноза, его назначения как «подарка Природы». Это не только и не столько — усиление внушаемости. Наконец, и при самом глубоком гипнотическом состоянии между гипнотизирующим и гипнотизируемым наличествует *рапорт* (франц. *rapport* — связь), если только эта связь не рвется при каком-то осложнении гипноза или при переходе гипноза в естественный сон.

Картины, степени гипноза. Сообразно различным индивидуальным (конституциональным, патологически-процессуальным) формам («физиономиям») душевной (психической) защиты мы наблюдаем и соответствующие им гипнотические картины. Люди с природной ***деперсонализационной защитой*** (психастеники и другие рассудочные, с блеклой чувственностью, обычно не-процессуальные пациенты), защищающиеся бессознательно от психических травм душевным онемением с непрекращающейся ясностью мысли, впадают при гипнотизации в типичный ***деперсонализационный гипноз***. Люди с ***вытеснительной защитой*** (склонные аффективно вытеснять из сознания неугодное неприятное — вплоть до глубокого сужения сознания) впадают в типичный ***сомнамбулический гипноз***. Это больные истерией, циклоидные, многие шизоидные чувственные натуры. При этом все эти особенности личности (истерические, циклоидные и т. д.) накладывают на сомнамбулическую картину свой отпечаток. Так, например, у многих шизоидов, склонных защитно уходить от тягостных переживаний в мир аутистических фантазий, обнаруживается ***интравертированный сомнамбулизм***, наполненный собственными, спонтанными (не внушенными гипнотизирующим) образами, выражающими определенное мироощущение аутиста. Эти, подчас яркие, галлюцинаторные аутистические картины (в отличие от классического истерического сомнамбулизма) обычно неохотно «впускают» в себя галлюцинации, внушаемые психотерапевтом. Да и самого психотерапевта пациент нередко просит в это время не мешать ему наслаждаться своими собственными видениями, переживаниями. У дефензивных циклоидов часто при гипнотизации обнаруживается ***ориентированный сомнамбулизм***: при довольно ярких чарующих видениях и переживаниях с открытыми глазами мы не способны пациента внушением своим отчетливо дезориентировать в месте, времени, окружающем, собственной личности. Болезненный процесс (эндогенный, органический) обнаруживается «по-

ломкой» и в гипнотической картине (напр., затейливое смешение деперсонализационных моментов с сомнамбулическими, типичное в шизофренических случаях), или шизофренический ***выхолощенный сомнамбулизм*** с невозможностью внушать какие-либо галлюцинации, при отсутствии спонтанных образов. У примитивных пациентов и физиономия душевной защиты, и гипнотическая сомнамбулическая картина примитивны, являют собой ***пустое остолбенение*** без красок, а у органически разрушающихся больных (напр., алкоголиков, перенесших несколько приступов белой горячки) гипноз опустошается с опустошением душевной защиты, и во время гипнотизации пациент теперь уже просто спит естественным сном с храпом. Таким образом, картина гипноза, в которой порою гротескно заостряются клинические структуры, часто может оказывать нам и дифференциально-диагностические услуги.

Экспериментально-психологический подход к гипнозу видит его сущность в различных психологических явлениях (внушаемость, мотивация, игра, социально-культурные факторы, «диссоциация сознания» в смысле П. Жане и т. д.), а психоаналитический подход толкует суть гипноза с точки зрения различных психоаналитических концепций (напр., для З. Фрейда гипноз — «неограниченное любовное самоотречение» без полового удовлетворения).

С конца прошлого столетия говорят о 3-х классических степенях гипноза по А. Форелю (1928): сонливость, гипотаксия, сомнамбулизм.

I степень — гипнотическая сонливость (лат. *somnolentia*). Человек с закрытыми глазами испытывает в этом состоянии чувство приятной расслабленности, тяжести и тепла во всем теле. Ровное спокойное дыхание. Не хочется двигаться и трудно двигаться. Слышатся ясно слова гипнотизирующего, а все остальное в стороне, без внимания. Человек может быть отрешен от всего остального, как возможно, например, отрешиться от всего вокруг, когда захватило какое-то чтение. Внушаемость в этом состоянии обычно повышена, но подчиняемости нет. Если загипнотизированный сделает усилие, он способен и открыть глаза, и встать, и уйти. Думается, что душевная основа, сущностное этой степени гипноза, то, без чего мы не можем здесь говорить о гипнозе, — это включившаяся более или менее стойкая деперсонализация (чувство приятной душевной анестезии с неспособностью остро переживать, беспокоиться о том, о чем беспокоился до сеанса, — при ясном сознании). Таким образом, термин «сонливость» (физиологическая оглушенность) не отвечает здесь сути состояния, отражает лишь внешний вид загипнотизиро-

ванного. Наличием деперсонализации обусловлено характерное чувство пробуждения при выходе из гипноза: как бы перешел, «переключился» в бодрствование из иного, деперсонализационного, состояния, а не просто, как это бывает, открыл глаза, отдыхая на диване, отяжелевший от усталости.

II степень — гипнотическая гипотаксия (лат. *hypotaxia* — малопослушность). Возникает при углублении I степени (сомноленции). Углубляется, делается более стойкой деперсонализация. Сознание по-прежнему ясное (не помраченное), внушить какие-либо галлюцинации обычно не удается. Но включается каталептический механизм, и чувство тяжести, тепла сменяется чувством легкости, невесомости тела. При этом пациент нередко не может ответить, как расположены в пространстве его руки, все тело. ***Каталепсия*** (греч. *katalepsia* — схватывание) — мышечное напряжение с длительным сохранением положения, приданного телу или отдельным его частям (напр., так называемый «каталептический мост» между стульями). Понятно в связи с этим другое название каталепсии, напоминающее восковую куклу, — ***восковая гибкость*** (лат. *flexibilitas cerea*). Настоящее двигательное расстройство принято физиологически объяснять расторможением двигательных подкорковых зон, высвобождающихся из-под сдерживающего их влияния вышележащих областей головного мозга, а также освобождением сложных безусловных рефлексов уравновешивания и установления тела в пространстве. Кроме гипнотической каталепсии, известна каталепсия шизофреническая, паркинсоническая, истерическая. Гипотаксия отличается от сомноленции и частичной подчиняемостью, сказывающейся в том, что можем внушением запретить загипнотизированному какое-либо сознательное движение, но не можем обычно внушить-вызвать его против воли пациента.

III степень — гипнотический сомнамбулизм (лат. *somnambulismus* — снохождение). Первые две степени гипноза есть, в сущности, деперсонализационный гипноз. Сомнамбулический гипноз — есть качественно иное состояние, возникающее у людей иной природы. Принципиальное отличие сомнамбулизма от гипотаксии и сомноленции в том, что он есть особая разновидность помраченного сознания — ***аффективно-суженное сознание***. Подобное расстройство сознания может возникнуть и само по себе — в рамках истерического психоза или как пароксизм функционального (напр., детского) лунатизма. Классический сомнамбулизм воспринимает мир суженно, в рамках избирательного рапорта с гипнотизирующим — что ему разрешим, то и увидит из реальных предметов, что внушим — то и будет вокруг. Суженно вос-

принимать мир — это, например, видеть, слышать одних людей (точнее, отдавать себе отчет в том, что видишь, слышишь их), а других, рядом, не видеть и не слышать (точнее, видеть и слышать, но не отдавать себе в этом отчета: ведь сомнамбул обходит же то реальное, чего «не видит», если попросить его двинуться в эту «пустоту»). Он суженно думает (многие мысли, факты в это время вытеснены из его сознания), суженно ориентируется в пространстве (считая, к примеру, что он одновременно и в лесу, и в кабинете психотерапевта), способен (особенно под внушением) воспринимать себя человеком иного пола или ребенком (регресс возраста). Сомнамбулу возможно внушать различные истинные галлюцинации: он с умилением гладит несуществующего котенка, собирает в кабинете цветы, грибы и т. д. Пробудившись, он может кусками вспоминать свои переживания, галлюцинации в гипнозе, особенно если не внушим ему перед пробуждением, что забудет все, что было во сне. Внушением мы всегда можем вызвать здесь каталепсию, но она быстро «растворяется» в гипнотической «игре». В отличие от частичной гипотаксической подчиняемости сомнамбулическая подчиняемость — полная, т. е. мы можем здесь внушением своим не только запретить какие-то движения, но и вызвать их против воли загипнотизированного (напр., он будет смеяться против желания или, не желая, почешет себе затылок и т. п.). Однако, что касается безнравственных поступков, преступлений, то сомнамбула возможна заставить совершить только то правонарушение, против которого он в душе, по сути, не возражает. В противном случае, при упорном настаивании,— сомнамбулизм может «выключиться» или «разрядиться» в истерический припадок. В состоянии сомнамбулизма человек в известной мере как бы возвращается и биологически в свое детство с ярким видением мира, детской ловкостью, пластичностью движений и даже с положительным симптомом Бабинского. Все это, однако, есть сомнамбулизм классический. Иные варианты сомнамбулизма, сообразно личностной почве, болезни, уже были кратко отмечены выше.

Техника погружения в гипноз. Итак, отношения между гипнотизирующим и гипнотизируемым (гипнотические отношения) — есть всегда известное противостояние (конфронтация), «нападение» на гипнотизируемого, который вынужден защищаться. В случаях шокового погружения в гипноз это слишком очевидно. Но и в случаях самой спокойной, «песенной» гипнотизации гипнотизируемый смутно чувствует, а то и осознает, что вот сейчас с ним что-то совершают. Поначалу он, быть может, невольно душевно-

сознательно сопротивляется этому, но затем убаюкивается доброжелательным отношением к нему психотерапевта, доверяется ему, — и открывается, вызволяется свойственная его природе индивидуальная бессознательная защита-гипноз. Поэтому при ***спокойной гипнотизации*** главнейшее — ***убаюкать*** гипнотизируемого и тем снять его сознательное сопротивление.

Начинающему психотерапевту следует прежде всего научиться спокойной гипнотизации с помощью «гипнотической песни», поскольку таким образом возможно вызвать всякий гипноз, а шоковыми или эриксоновскими приемами — по-видимому, лишь гипноз сомнамбулический. Понятно, что шоковыми способами не погружающихся в сомнамбулизм можно только перепугать.

С.И. Консторум (1959) говорит о двух основных моментах, приемах спокойной гипнотизации. Первый — внушение покоя (убаюкивание). Так, убаюкиваем пациента спокойным, протяжным, монотонным голосом и спокойным, скромным, убаюкивающим содержанием слов. Яркое слово может возбудить воображение, помешать убаюкиваться. Убаюкиваем отсутствием долгих интервалов между словами (чтобы пациент не успел подумать: «Ну, что он теперь еще скажет?» Убаюкиваем и мерным стуком своих шагов, пассами (лат. *passus* — шаг, движение), т. е. плавными движениями открытой ладони над телом гипнотизируемого (на расстоянии 2–4 см). Идущая от ладони тепловая (и, по-видимому, не только тепловая) энергия успокаивает, усиливает доверие, готовность отдаться усыплению, некоторых тихо завораживает. Возможно убаюкать и ритмическими поглаживаниями, как мать ребенка, но тут нужно быть очень осторожным с пациентами противоположного пола, дабы не нарушить их душевный покой. Можно внушать пациенту, что его убаюкивает шум автобусов за окном, пение птиц, тиканье часов в комнате или просто включить убаюкивающую музыку и т. д. Второй момент, прием гипнотизации С.И. Консторум обозначает, как «внушение того, что, по существу, наступает и без внушения, в силу чисто физиологических моментов». Например, если гипнотизируемый расслабился (по нашей просьбе) на кушетке, он уже ощутит тело свое отяжелевшим — «в силу чисто физиологических моментов». Мы же внушаем, что тело тяжелеет — и тогда он обращает внимание на это отяжеление, и оно для него как будто бы целиком происходит от наших слов. Важно, чтобы в гипнотизирующем голосе было достаточно сердечности, душевной заботы о пациенте и спокойной уверенности в своих собственных врачебных силах. Если во время гипнотизации пыта-


ешься отстраненно представить-почувствовать себя на месте гипнотизируемого, как твои собственные руки тяжелеют, теплеют и голова уходит в подушку, т. е. как будто бы вместе с пациентами (пациентом) погружаешься в гипноз, то благодаря этому слова внушения могут сделаться особенно проникновенными.

Спокойный сеанс гипноза («гипнотическая песня») состоит из 3-х частей: погружение в гипноз, лечебное внушение в гипнозе и освобождение от гипнотического состояния (дегипнотизация).

Для тех, кто только учится гипнозу, могу предложить как «печку», от которой возможно поначалу оттолкнуться, сложившуюся у меня за долгую практику формулу спокойной гипнотизации (сокращенную здесь). С годами у каждого психотерапевта складывается своя собственная «песня», отвечающая его душевным особенностям, мироощущению. Итак, в случае индивидуального сеанса, подготовив пациента к тому, что будет спокойное лечебное внушение и никакой эстрады, прошу его лечь на диван (кушетку) или сесть в кресло, закрыть глаза и расслабиться. Затем говорю-«пою» примерно следующее, переплетая между собою оба указанных выше основных момента, приема спокойной гипнотизации.

«Удобно и хорошо так сидеть (лежать). Расслабились, совершенно расслабились, как будто бы отпустили тело свое. Голова уходит в подушку (в спинку кресла). Голос мой все время хорошо слышится, на прочие звуки внимания не обращаете, а голос мой все время хорошо слышится. Я буду считать до десяти — и, пока буду считать, с голосом моим глубже и глубже, бесконечно глубоко будете уходить в целебный покой. Раз, два... Тяжелеют плечи, руки, ноги, все тело тяжелеет и тяжелеет и потихоньку теплеет. Приятная усталость, тяжесть расходится, распространяется по всему телу. И дышится ровно, спокойно. Голос мой все время хорошо слышится и глубоко проникает в Вас. Все, что говорю, западает в душу. Три, четыре... Крепче и крепче схватывает Вас лечебный сон. И не хочется двигаться, и трудно двигаться. Спать... Спать... Глубже спать... Пять... Шесть... Все хуже и хуже слушается Вас Ваше тело, как будто бы оно само по себе. Мягче, легче, светлее на душе. Остатки напряженности рассасываются и уходят, и на душе еще легче, спокойнее. А мысли, последние мысли, ленивые, неповоротливые, уходят, уходят из головы — и голова делается приятно пустой. Шесть, семь... Все меньше, все хуже чувствуете тело свое, уходит, уходит тяжесть, все больше и больше легкости в теле. Легкое тело, легкое — оно будто повисло

в воздухе, легкое, как облако в небе. Спать... Глубже и глубже с голосом моим уходите в целебный покой. Семь, восемь... Расслабленность и покой... Расслабилась будто каждая клеточка тела. Все отдыхает... Тело Ваше как будто само по себе. Девять, десять... Бесконечно глубоко, с голосом моим уходите в целебный сон».

По нескольку раз повторяя слова и переставляя их местами, протяжно, монотонно убаюкиваем гипнотизируемого. Нет смысла тревожиться, что вот не буду знать, что сказать дальше: одну и ту же фразу можно несколько раз переворачивать так и этак («удобно и хорошо так лежать», «хорошо и удобно так лежать», «лежать так хорошо и удобно» и т. д.), пока не придет следующая. Погружение в гипноз продолжается обычно 10–20 минут. Затем идет лечебное внушение, содержанием своим соответствующее конкретному болезненному состоянию пациента (пациентов), либо это преимущественно внушение покоя, отдыха, душевной радости, уверенности в себе (гипноз-отдых): см., например., Бурно М., 1999, с. 213–217. Тоже 10–20 минут. И затем — дегипнотизация (5 минут), которую провожу обычно так: «Сеанс целебного сна потихоньку подходит к концу. Буду сейчас считать до трех и, пока буду считать, просыпаться потихоньку будете, а скажу "три" — проснетесь совсем, отдохнувшие, бодрые, посвежевшие проснетесь, с ясной головой, легкой душой проснетесь совсем. Раз... Живее, живее, послушнее тело. Пошевелиться, подвигаться, потянуться приятно. Два... Глаза закрыты, но почти проснулись. Подвигаться, потянуться. С ясной головой, легкой душой просыпайтесь совсем. Три! Глаза открываются. Потихоньку можно вставать».

Диагностика гипноза. Она насущна в случае индивидуальных сеансов. Тут важно выяснить картину гипноза во время первого же сеанса. Если это сомнамбулизм (встречается он в психотерапевтическом кабинете при клиническом внимании к картине гипноза довольно часто, по-видимому, более, чем в 2/3 случаев), — то на втором сеансе нет уже смысла «петь» усыпляющую «гипнотическую песню», а довольно для погружения в гипноз и нескольких слов («спать, глубже спать», «все хуже и хуже слушается Вас Ваше тело» и т. п.).

Когда пациент «затих» под усыпляющей частью нашей гипнотической песни, ровно дышит, похож на спящего, — возможно заняться диагностикой гипноза (лишь отметим здесь, что многие больные шизофренией даже в глубоком гипнозе не производят впечатления спящих — ворочаются, вздыхают, почесываются и т. д. — здесь тактика иная). Итак, «затихший» пациент может спать любой степенью

гипноза, может вовсе не спать, может притворяться, что спит. Предлагаю следующую тактику диагностики. Прежде проверим, есть ли подчиняемость, — но так, чтобы не вышло конфуза (как это бывает, когда гипнотизирующий уверяет, что, например, рука не поднимается, а пациент разочарованно поднимает ее). Важно знать, что если подчиняемость есть, то достаточно сказать: «трудно приподнять руку», — чтобы пациент не смог ее приподнять. Начинаем с шеи. Поначалу «обложим» ее внушением: «Шея ваша плохо вас слушается, плохо слушается вас ваша шея, будто не своя, будто чужая». Далее: «Сейчас попытаетесь чуть-чуть приподнять голову, оторвать ее от подушки (от спинки кресла) — и почувствуете, как трудно это сделать». Я не говорю пациенту, что он не сможет приподнять голову, руку. Если он не спит и чуть-чуть приподнимет голову, руку, то ему все равно трудно толком разобраться, насколько хорошо слушается его рука, шея (когда «чуть-чуть»). Но мы-то отмечаем для себя, что голову он приподнял и, значит, подчиняемости нет. Если видим, что пациент силится, но не может приподнять голову, идем дальше. «Ноги ваши плохо вас слушаются, будто не свои, будто они сами по себе и команды из головы плохо идут в ноги. Вы попытаетесь сейчас чуть-чуть приподнять ноги, не сгибая в коленях, разом обе вверх, чуть-чуть (а ведь это, отметим про себя, так трудно и для неспящего!) — и почувствуете, как трудно это сделать, как плохо слушаются вас ваши ноги». Если подчиняемости нет, не падая духом, доводим сеанс до конца, внушая покой, отдых. Потом говорим пациенту, что с каждым сеансом он будет спать глубже и глубже, — и так оно и будет. Но если и ноги не слушаются, внушаем подобным образом подчиняемость в руках, проверяем подчиняемость рта. «Губы слиплись, рот будто зашит, пытаетесь чуть-чуть разлепить губы и чувствуете, как трудно это сделать». В заключение, если видим, что пациент силится, старается, но не может двинуть шеей, ногой, рукой, приоткрыть рот, можем смело уже сказать: «И глаза будто зашиты, пытаетесь открыть их и не получается» (только теперь имеем право на «не получается»). Если подчиняемость как будто бы есть, то это либо гипотаксия или сомнамбулизм, либо, много реже, подчиняемости все же нет, а пациент притворяется или не понимает, что от него хочет врач. Поэтому необходимо, для того чтобы убедиться, что пациент в гипнозе (II или III), проверить каталепсию. Каталепсия (восковая гибкость) сравнительно редко бывает наглядно-спонтанной: например, приподнимаемая рука уже напряжена в восковой гибкости. Чаще восковую гибкость вызываем, включаем соответст-

вующим внушением. «Вот я сейчас подойду к вам и приподниму правую руку (заранее предупреждаем, чтобы пациент не испугался, если не спит) — и пусть рука застынет в том положении, в котором ее оставлю». Поднимаем руку пациента вверх, не сгибая в локте, держим ее некоторое время в положении неустойчивого равновесия, приговаривая: «Все меньше чувствуете руку свою, рука будто повисла в воздухе». Этих слов обычно достаточно, чтобы «разбудить» восковую гибкость в гипотаксии или сомнамбулизме, почувствовать ее своими руками, двигая тонически напряженные руки пациента, ощутить характерную (ее также невозможно сыграть) прерывистость в движениях этих каталептических рук (феномен «зубчатого колеса»). Если каталепсия налицо, то остается лишь выяснить, что же это — гипотаксия (т. е. деперсонализационный гипноз, как и сомноленция) или сомнамбулизм. Классический сомнамбулизм — это прежде всего суженное помрачение сознания (с дезориентировкой), но нередко его приходится формировать, «сгущать», углублять специальным внушением. Например, делаем это так. «Вы в осеннем саду, разноцветные листья деревьев вокруг — желтые, красные, коричневые. Вот крупные, крепкие, холодные яблоки антоновки между листьями. А вот синие, лиловые сливы, налитые соком, лопнувшие, трещина сочится вкусным соком». Эти слова могут быть и только предложением представить себе все это (в деперсонализационном состоянии, в ясном сознании), и могут углубить сомнамбулизм, породив яркие галлюцинации всего этого. «Рот ваш слушается вас, — говорим теперь пациенту, раскрепощая его рот, — можете говорить со мной. Видите ли вы сливы?» Если пациент не галлюцинирует, то он как-то даст нам понять в этой гипнотической беседе, что лишь представляет сливы, листья, яблоки, а если галлюцинирует, то скажет, что видит их, и на наши вопросы согласится, что может сорвать сливу, попробовать (руки, все тело слушаются вас). Тогда мы и предложим ему это сделать. Усмотрев естественность в его движениях, мимике удовольствия от сливы или как морщится от кислой антоновки, мы вправе подозревать здесь сомнамбулизм и спрашиваем пациента, где он. Если он сообщит, что в саду, или затрудняется ответить, вроде бы и в саду, и у врача, затрудняется объяснить, как попал в сад, как мы тут встретились, путается во времени года и т. д., — то это, конечно, сомнамбулизм, и возможно теперь сказать: «Продолжая спать, открывайте глаза, спите с открытыми глазами». Видим открытые, смотрящие внутрь себя немигающие глаза сомнамбула. Роговичный рефлекс ослаблен или отсутствует, реакция зрачков на свет сохранена. Воз-

можно внушать галлюцинации с открытыми глазами, внушать регресс возраста, постгипнотическую амнезию и т. д. Все это касается лишь классического сомнамбулизма, в других случаях картина много сложнее, клинически разнообразнее.

По длительности гипнотического сеанса различают:

1. Обычный гипнотический сеанс (20–60 минут).

2. Длительный гипноз-отдых (О. Веттерштранд, 1908; К.И. Платонов, 1962) — до 16–18 часов в сутки в течение 10–12 дней (особенно показан при различного рода истощениях организма).

3. Удлиненный гипнотический сон (В.Е. Рожнов, 1953) — 1–4 часа. Каждые 15–20 минут врач заходит к спящим больным для лечебного внушения в течение 2–3 минут.

Курсы гипнотического лечения могут быть ***короткими*** (3—9 сеансов ежедневно или через день), ***средними*** (10–20 сеансов ежедневно или через день), ***долгими*** (гипноз-отдых, еженедельные и даже ежемесячные сеансы в течение нескольких месяцев, лет).

Как примеры группового противоалкогольного внушения в гипнозе рассмотрим практические советы С.И. Консторума и В.Е. Рожнова.

С.И. Консторум (1959) спокойно усыпляет сидящих удобно пациентов, убеждается в том, что они в гипнозе. «А дальше я скажу и сделаю следующее: “Теперь я поднесу вам к губам рюмку водки и вам станет до того противно, словно это керосин или кошачья моча. Вы с величайшим омерзением отшатнетесь, сплюнете, почувствуете, что вас тошнит”. Я поднесу к губам пациента стакан воды, и он отшвырнет его, а на лице его будет написано величайшее отвращение, он будет отплевываться и, возможно, у него появятся рвотные движения. Лучше, если я поднесу ему стаканчик из пластмассы, ибо стеклянный он, возможно, разобьет. Затем я скажу примерно следующее: “Теперь вы пить не сможете, ибо вы испытываете величайшее отвращение к водке. Не только вкус и запах вина, но даже самый вид бутылки с водкой вам неприятен. Мысль о водке сопровождается каждый раз чувством физического и морального омерзения. Придя ко мне следующий раз, вы мне подтвердите, что не выпили ни одной капли вина за это время”. Эту формулу я повторю 2–3 раза, а затем скажу: “Я сосчитаю до 10; покуда я буду считать, вы заметите, как проходит то дремотное состояние, в котором вы находились, и на 10 вы открываете глаза, встаете с приятным чувством свежести и бодрости и сознанием, что вы сделали решительный шаг, чтобы покончить с алкоголем”»

В.Е. Рожнов (1975), согласно своей методике («Коллективная эмоционально-стрессовая методика гипнотерапии алкоголизма»), также спокойно усыпляет пациентов и вырабатывает в гипнозе отвращение к спиртному с помощью 95% винного спирта-ректификата (спиртом смачивают ноздри, полость рта, вызывая кашель, бурные вегетативные реакции). Неподдающихся при этом отвращению к спиртному здесь, понятно, практически нет. Одновременно внушается: «Водка, спирт, все спиртные напитки теперь будут вызывать у Вас чувство непереносимого отвращения, удушья, тошноты, рвоты. Не сможете брать в рот ничего спиртного. Водка, спирт вызывают тошноту-рвоту. Водка непереносима!» «В момент подкрепления, — отмечает В.Е. Рожнов, — следует настойчиво продолжать связывать испытываемые ощущения с понятием “водка!-тошнота-рвота!”, для чего продолжать в том же эмоциональном тоне многократно внушать слово: “водка! водка!! водка!!!”».

А.М. Свядощ (1982) внушает 26-летней женщине в гипнотическом сне (неврастеническое состояние, возникшее после длительных семейных переживаний, ухода мужа из дома): «Вы совершенно спокойны. О муже не думаете. Он для Вас не существует. Вы совершенно спокойны. Ночью спите глубоким, крепким сном. С каждым днем чувствуете себя все лучше и лучше. У Вас в жизни все впереди...»

Другие способы гипнотизации. Их бесконечное множество. П.И. Буль (1974) сводит их в 3 группы — по тому, преимущественное воздействие на какой анализатор соединяется здесь со словесным внушением. Отметим лишь самые известные способы.

I группа: словесное внушение + воздействие на зрительный анализатор.

1. Утомление взора блестящим предметом (способ Брэда). Гипнотизируемый лежит или сидит и внимательно смотрит на блестящий предмет (неврологический молоточек, специальный шарик на палочке и т. д.), который держит перед ним на расстоянии 10—15 см гипнотизирующий. Через 5—10 минут врач внушает то, что есть уже и без внушения: «Глаза устают, веки тяжелеют, тянутся вниз, будто наливаются свинцом. Вы засыпаете...» При этом блестящий предмет медленно опускается — и веки опускаются вслед за ним. Затем, если пациент еще не впал в гипноз, звучит обычная «гипнотическая песня» погружения в сон.

2. Метод фасцинации (завораживания), или способ аббата Фария. Это шоковое погружение в сомнамбулизм тех, кто явно предрасположен к нему. Гипнотизируемый, сидя в кресле, смотрит в глаза гипнотизирующему, а тот с

полуметрового расстояния смотрит пациенту в переносицу, аккомодируя взор в бесконечность. При этом взгляд гипнотизирующего пронизывающе-отрешен и завораживает впечатлительного пациента, зрачки которого при этом обыкновенно расширяются. Именно в это время следует крикнуть: «Спать!». Возможно, фасцинируя, погружать в гипноз и медленно, с подробным словесным, завораживающим внушением, как это делал А. Кронфельд (1927).

3. Шоковый способ Шарко с воздействием на зрение. Неожиданная для гипнотизируемого вспышка яркого света (магний, вольтова дуга, фотовспышка) с одновременным внушением: «Спать!»

4. Способ погружения в сомнамбулизм при помощи медленного вращения светящегося предмета, зеркальца, при помощи колеблющегося пламени свечи. При помощи различных технических устройств («гипнотронов»), вызывающих, например, плавным кружением разноцветных полос гипнотизирующее «головокружение».

II группа: словесное внушение + воздействие на слуховой анализатор.

1. Метроном. Гипнотизируемого в течение 10–15 минут утомляют-убаюкивают звуком метронома, а затем вводят словесное внушение, и метроном стучит уже только в паузах.

2. Дробный (фракционный) гипноз Фохта. Во время спокойной словесной гипнотизации с метрономом гипнотизирующий несколько раз будит гипнотизируемого с просьбой рассказать о своих ощущениях, о том, что мешало расслабиться и т. д., дабы все это учесть в следующем сеансе. Всякий раз при этом внушается, что каждый последующий сеанс будет действовать сильнее.

3. Метроном с открыванием и закрыванием глаз. Это убаюкивание-утомление практически всякого усыпит. На один стук метронома пациент открывает глаза, на другой — закрывает, и так в течение 5–15 минут, пока не увидим, что пациент только водит бровями, не открывая глаз. Тогда вводится словесное внушение.

4. Шоковый способ Шарко с воздействием на слух. Неожиданный для гипнотизируемого резкий звук (китайский гонг, там-там, выстрел, свист) с одновременным громким внушением: «Спать!»

III группа: словесное внушение + воздействие на кожный анализатор.

1. Гипнотический «массаж». Теплыми, чистыми руками врач слегка, медленно поглаживает кожу лица, шеи, груди, рук пациента — сверху вниз вдоль тела от головы к ногам.

При первых признаках усыпления (закрываются глаза и т. д.) вводится словесное внушение.

2. Пассы (см. выше).

3. Способ Ласега (для погружения в сомнамбулизм больных истерией). Гипнотизирующий слегка придавливает пальцами глазные яблоки пациентки при опущенных веках в течение 2–3 мин.

4. Способ Буля. Пассы с помощью электронагревателя (фена), дающего мягкую струю теплого воздуха на лицо, шею, грудь.

Все эти способы гипнотизации возможно умело соединять, смешивать в практической работе и, конечно же, важно постоянно придумывать, открывать свои собственные способы гипнотизации. При этом важно помнить, что в подавляющем большинстве случаев самые простые незаметные способы гипнотизации действуют весьма успешно, поскольку погружение в гипноз зависит не столько от гипнотизирующего, сколько от гипнотизируемого. Гипнотизируемый нередко тайно от себя желает верить в того, кто над ним (в т. ч. в гипнотарии) со спокойной уверенностью хочет ему помочь, и непременно находит в нем что-то гипнотизирующее. И тогда самые скромные слова психотерапевта могут превратиться в пациенте в мощное самовнушение.

К шоковым приемам гипнотизации, думается, следует обращаться достаточно редко — только тогда, когда пациент своими «художественными», истерически-истероидными клиническими особенностями дает нам серьезные основания думать о своей предрасположенности к гипнотическому сомнамбулизму и в то же время вольно-невольно сопротивляется гипнотизации (при всем желании лечебно подвергнуться ей). Но даже здесь мы должны быть готовы к различным «истерическим неприятностям» («в отместку» за шоковое гипнотическое «нападение»): паралич, мутизм, заикание и т. п.

Эриксоновский гипноз. Американский врач Милтон Эриксон (Milton Erickson, 1901–1980), благодаря таланту своему и тяжким своим полиомиелитным расстройствам, разработал пленительные остроумно-недирективные способы погружения в гипнотический транс и лечения в нем — и себя самого, и своих пациентов. Эриксоновский гипноз стал широко известным во всем мире и противопоставляется европейскому классическому гипнозу именно своей американски-юношески-дружеской «недирективностью». Психотерапевт не просит пациента лечь или закрыть глаза, не усыпляет его гипнотической песней и не пытается отключить в сомнамбулизм (транс) шоково. Психотерапевт рассказывает пациенту о «всякой всячине» (какая-нибудь увлека-

тельно-образная история), но при этом «вкрапливает» в нее с особым выражением («техника рассеивания») целебные гипнотические слова, например, о покое, надежде и т. п. Метафоры, образы-иносказания, окружающие эти гипнотические внушения, также проникают в бессознательное пациента, совершая там свое гипнотизирующее, а затем аналитическое воздействие. Наконец, это чарующее, красочное «заговаривание зубов» организует внимание пациента, аффективно суживает пациента (пациента с более или менее выраженной вытеснительной защитой), «уводя» в сомнамбулизм (транс) с открытыми глазами. Эриксон: «Гипноз — это передача образов». Вот Эриксон рассказывает, как погружал в транс тяжелого онкологического больного, цветовода, который страдал от нестерпимой боли (несмотря на наркотики) и не выносил даже упоминания слова «гипноз». «Ну вот, я бы хотел, чтобы Вы сели в это уютное кресло, а я буду говорить. Я расскажу Вам о самых разных вещах, но не о цветах пойдет речь, потому что Вы знаете о цветах намного больше, чем я. Не о цветах. *Это не то, чего Вы хотите*. (Читатель заметит, что курсив используется для выделения вкрапленных гипнотических внушений. Это могут быть отдельные предложения, произносимые с особой интонацией.) А теперь я *спокойно* могу начать свой рассказ, и мне хотелось бы, чтобы *Вы спокойно слушали меня*, пока я буду рассказывать о саженцах помидора. Вы, может быть, *удивитесь*. С чего бы нам говорить о помидоре? Семечко помидора сажают в землю и *с надеждой ожидают*, что из него вырастет растение и даст плод, который *принесет удовлетворение*. Семечко впитывает влагу, и это *не очень трудно*, потому что этому помогают дожди, которые несут *мир и покой* и радость роста всем цветам и помидорам». (Эриксон М., 1992, с. 109). С точки зрения клинициста недирективность здесь весьма относительна уже потому, что пациент чувствует известное противостояние с психотерапевтом, т. к. знает, что его сейчас ожидает гипноз. Однако «всякая всячина» снимает или смягчает обычное здесь сопротивление гипнотизеру, а вкрапленные в нее насущные для пациента ***наводящие (индуцирующие)*** транс внушения, образы суживают сознание у предрасположенных к сомнамбулизму, и вот отстраненный немигающий взгляд уже выдает транс. По обстоятельствам, в беседе пациент то выходит из транса, то возвращается в него. Повторяющиеся ***терапевтические*** внушения рассеиваются среди внушений, ***поддерживающих транс***. Пациент не успевает оспорить первые, как внимание его отвлекается вторыми. Сопротивление погружаемого в гипноз сбивается с толку, в том числе предложением

сосредоточиться вообще на ***всех*** ощущениях (какими бы они ни были), например, в руках. Тут у пациента обычно срабатывает невольное самовнушение-ожидание, и то, что удалось благодаря ему почувствовать в руках, психологически понятно полностью приписывается воздействию психотерапевта, и вера в него растет.

Обогатив учение о гипнозе живой человечностью, семантикой, собственным, чаще тонко-реалистическим, психоанализом, Эриксон показал наглядно естественность гипноза и самогипноза для человека: в транс рядом с пациентом порою входит и сам психотерапевт, гипноз помогает и здоровым людям лучше и радостнее работать. Применение гипноза не-врачами и любым человеком на себе самом в здоровой жизни (в педагогике, предпринимательстве и т. д.) клинициста, понятно, всегда настораживает: могут быть серьезные осложнения — и весьма нередкие при такой широкой гипнотизации. Уж не говоря об этичности гипнотического воздействия на предпринимателя. В сравнении с классическим клиническим гипнозом, эриксоновский гипноз, несомненно, более душевно трудоемок в будничной практике, нередко больше берет времени и ограничивается сомнамбулизмом, который здесь отождествляется с гипнозом вообще, как и у Ж. Шарко. Эриксоновский гипноз дружелюбен, элегантен, светел. Он неклиничен в истинном смысле. Это один из ярких психологических подходов к гипнозу, дающий немало и клиническому учению о гипнозе, освещающий светом истины и другие области, как и всякое серьезное открытие. При всем этом, думается, что разным характерам и народам более присуща какая-то своя гипнотерапия, что есть своя вечная прелесть и в старой доброй «песенной» гипнотизации.

Проверка гипнабельности есть, чаще всего, одновременно и **проверка внушаемости** (см. **«Суггестивная терапия»**).

Осложнения гипноза. Переход гипнотического сна любой степени в естественный, обычно с подхрапыванием, вряд ли можно назвать осложнением. Даже в самых «тяжелых» случаях, когда приходится пациента растолкать, чтобы разбудить, это всего лишь неприятность. Чаще возможно здесь восстановить раппорт, внушая в гипнотарии: «Голос мой все время хорошо слышится. Вы спите лечебным сном, но не засыпаете сном обыкновенным». Если это не помогает, то, возможно, поможет возвращению в гипноз прикосновение врачебной руки ко лбу пациента. Легкому переходу гипноза в естественный сон способствуют различные мозговые органические расстройства (травма головы, алкоголизм, церебральный атеросклероз и т. д.).

Осложнениями гипноза обычно не считают и артериальную гипотонию после сеанса (особенно при быстром пробуждении, когда пациент резко поднимается с кушетки), какие-либо неприятные ощущения, сонливость — все это достаточно легко предупреждается внятной дегипнотизацией («проснетесь с ясной головой, отдохнувший, посвежевший») и советом пациентам с неустойчивым давлением немного еще полежать, медленнее подниматься.

Истинные осложнения гипноза — это, в основном, осложнения гипнотического сомнамбулизма. Чаще они возникают у больных истерией женщин.

1. Истерический гипноид. Это, в сущности, переход гипнотического сомнамбулизма в выраженные истерические психотические расстройства с ослаблением или потерей раппорта, что подтверждает родственность этих состояний. Этот переход совершается вследствие острых конфликтных переживаний пациентки или провоцируется гипнотизером, вольно или невольно «нажавшим» своими словами на какие-то ситуационно-конфликтные или просто неприятные «горячие точки». Бывает довольно, экспериментируя с сомнамбулой, внушая ей различные приятные галлюцинации (котенок, зайчик), внушить среди этого неприятную ей лягушку, как уже «наклевывается» характерным гортанным звуком и легкими судорогами в руках истерический припадок. Или это осложнение обнаруживает себя истерическим дрожанием, рыданиями, метаниями и т. п. Если истерический припадок перешел в стойкую истерическую летаргию, из которой пациентку не удается внушением разбудить, приходится стационировать ее — лучше в беспокойное отделение психиатрической больницы (для ее же блага). Нередко истерические расстройства возникают на выходе из гипноза (напр., если это довольно быстрая дегипнотизация или пациентка не хочет выходить из благостного состояния в бодрствование). Во всех этих случаях, если не удается в гипнозе психотерапевтически одернуть пациентку, приказать-внушить встряхнуться, привести себя в порядок, — приходится погрузить ее еще глубже в гипноз громким словом «спать» — и затем уже постепенно пробуждать. Если же обнаруживаем, как это, к сожалению, нередко бывает, что пациентка сама двойственно-истерически «тянется» к этим осложнениям, страдая от них (и они стойко держатся после гипноза), объявляет, что от гипноза ей стало хуже, что гипноз ее «испортил» (поскольку это ей условно выгодно в связи с ее невротическим конфликтом), следует прекратить гипнотические сеансы и заняться **клинико-аналитической терапией,** а в примитивных случаях — протрептикой.

Самое неприятное расстройство из этой группы — истеро-психотическое состояние эротического содержания, при котором пациентка в гипнозе на глазах у врача до подробностей ведет себя так, как ведет себя женщина в интимной близости с мужчиной (эротический гипноид). Если не помогают спокойные, строгие приказы прийти в себя, необходимо, как и в выше указанных случаях, пытаться купировать начавшееся осложнение (как можно раньше) авторитарным внушением «спать, спать, глубже спать!» — дабы пациентка «ушла» в «бессознательный сомнамбулизм», а затем потихоньку, строго-императивно выводить ее в бодрствование. Но если и это не помогает, остается прибегнуть к усыпляющей внутримышечной инъекции нейролептика (напр., аминазина) или транквилизатора (позвав помощников). Пациентке следует потом сказать, что в гипнотическом состоянии она вела себя эротически-неприлично, пусть застыдится и испугается. Если и после этого подобное осложнение повторится, сеансы следует (как и обещано пациентке) прекратить*.

Весьма трудно купировать разновидность истерического гипноида, при котором истеро-психотическое расстройство драматически воспроизводит какую-то конфликтную ситуацию (напр., бурные обвинения «галлюцинаторному» мужу, нападение на него за что-либо). В таких случаях обычно рапорт с психотерапевтом пропадает, и все, что ни говорит, ни кричит врач, до возбужденной своим конфликтом пациентки «не доходит». Существенно помогает здесь способ С.И. Консторума (1959), подчеркивающего катарсическую природу этого осложнения: взять на себя роль провинившегося, просить забыть старое, ругать себя, умолять о прощении. Только это обычно способно успокоить пациентку и восстановить рапорт. Если, несмотря на разъяснения, на внушения в бодрствующем состоянии и в гипнозе («все время будете слышать мой голос и слушаться меня»), подобное осложнение предупредить не удается, сеансы следует прекратить.

Сейчас у нас по всей стране таинственно-ярко применяются врачами и психологами *трансперсональные приемы* со-

---

* В некоторых случаях, когда дело идет не об истерии, а о тревожно-циклоидной одинокой женщине с сексуальной напряженностью-неудовлетворенностью в климаксе, врач, думается, в согласии со своей совестью, может во время этого осложнения тихо удалиться из гипнотария, дав возможность этой несчастной женщине освободиться от напряжения хотя бы таким образом. В таких случаях, понятно, встает вопрос об относительности понятия «осложнение» и об особой щепетильной нравственности-ответственности врача *(прим. 2000 г.)*.



временного американского психотерапевта Станислава Грофа. Думается, все это есть, в основном, немногословная (в отличие от классической) мягкая гипнотизация под особую, завораживающую, а потом гулко-туземную музыку с глубоким ритмическим дыханием (гипервентиляцией). В результате у многих пациентов возникают разнообразные, по-моему, сомнамбулические переживания в соответствии и с глубинными мечтами пациента, подогреваемыми, возбуждаемыми этой особой музыкой. Расцветают переживания фантастические, трансперсональные (с выходом за границы своей личности, вообще земного существования). Приходилось видеть подобное и при обычных гипнотических сомнамбулических сеансах под музыку (особенно, если оставить пациента наедине с музыкой без поддерживающих, оживляющих рапорт слов психотерапевта). Тоже начинается плавное размахивание руками и другое подобное, весьма чреватое истерическими осложнениями. Однако с профессиональным умением возможно в таких случаях проводить сложный лечебный катарсис. Вообще трансперсональная психотерапия побуждает к подробному клиническому изучению с лечебной целью гипнотических картин в зависимости от особенностей личности. Эти грофовские «необычные состояния сознания», подчеркну еще раз, есть, по-моему, в основном, разнообразные сомнамбулические гипнотические картины, легко переходящие в некоторых случаях в болезненно-истерические.

2. Спонтанный сомнамбулизм. Гипнотические сеансы (даже нечастые) у некоторых пациентов так «растормаживают», «расшатывают» сомнамбулическую защитную реакцию на различные неприятности, что пациент легко впадает в сомнамбулизм спонтанно — по обстоятельствам. Например, мать ругает за что-то сына — и вдруг видит его неподвижные, смотрящие внутрь себя сомнамбулические глаза, бьет сына по щекам, чтобы привести в чувство.

Психотерапевт внушает в таких случаях пациенту наяву и в гипнозе, что гипнотическое состояние будет возникать лишь во время лечения у врача. Если это не действует — сеансы прекратить.

3. Болезненное тяготение к гипнозу (очарованность гипнозом). Это влюбленность не столько в психотерапевта, сколько в гипнотическое состояние, возникающее с помощью психотерапевта. «Внушения таинственную сладость узнала с Вами я», — написала по этому поводу Бехтереву в стихотворении пациентка. В.М. Бехтерев (1911) советовал в таких случаях сделать сеансы по возможности редкими, внушать, что пациентка не чувствует никакой привязанно-

сти к гипнотизеру, совершенно самостоятельна вне сеанса гипноза, и ради осторожности проводить сеансы при свидетелях.

4. Болезненная влюбленность в своего психотерапевта — вплоть до мнимой беременности «от него» (как это, например, случилось в истории психотерапии с мадемуазель Анной О., когда ее лечил И. Брейер). Не так редки и истерические ложные обвинения пациентками своих психотерапевтов в том, что они изнасиловали их в гипнозе.

Государственные рекомендации, в соответствии с которыми сегодня работаем («Методическое письмо по применению гипноза в лечебных целях» Минздрава СССР [1957]) освобождают врача от обязательного присутствия свидетеля на гипнотических сеансах. Однако врачу-мужчине, лечащему больных истерией женщин, советую все же иметь такого свидетеля (лучше тайного, входящего тихо в гипнотарий при закрытых глазах пациентки), дабы легче было защищаться в случае несправедливых обвинений.

5. Судорожный эпилептический (эпилептиформный) припадок у предрасположенных к припадкам эпилептиков, больных органическим поражением мозга. Существует, кстати, специально разработанная психотерапия (в т. ч. гипнотерапия) больных эпилепсией (Вольф М.Ш., 1961, Смирнов В.Е., 1979).

6. Провокация острого психотического состояния. Чаще — у больных шизофренией. Здесь одна «психотика» (гипнотически-сомнамбулическая) открывает ворота другой (чаще — шизофренической). При этом гипнотизацией может быть спровоцирован первый в жизни остропсихотический пожар на почве длительно тихо тлевшей болезни.

7. «Вплетение» гипноза в бред, сверхценные переживания. Это случается при гипнотизации бредовых или сверхценных пациентов и может быть опасно для психотерапевта.

Противопоказания к гипнотизации

1. Серьезные осложнения гипноза, которые в дальнейшем не удается надежно предупредить никакими способами.

2. Всякая процессуально бредовая или психопатически, процессуально сверхценная настроенность (напряженность) пациента.

3. Особая напряженность-разлаженность, легкая растерянность пациента, внешне даже малозаметная, но понятная психиатру как возможная предрасположенность к острым процессуальным психотическим расстройствам.

4. Нежелание пациента подвергаться гипнотизации.

5. Взволнованность, возбужденность пациента вообще.

В том числе — особый, острый интерес к гипнозу. Лучше отложить в таких случаях сеанс.

6. Случаи особой соматической «хрупкости» (например, глубокий, соматически неблагополучный старик), когда всякий существенный гипнотический душевный и биологический сдвиг способен повредить.

Все эти понятные противопоказания, как и всюду, не останавливают перед собой отважного исследователя, открывающего новое. Ему, однако, необходимо для этого быть квалифицированным специалистом, всегда помнящим об особой своей ответственности за больного человека, об опасности таких исследований и для себя самого.

Показания к гипнотерапии

Они неисчислимы. Это, конечно, не только возможность «чудесного» исцеления в случаях истерии, другого невроза, алкоголизма. Гипнотерапия может неожиданно серьезно помочь при тяжелых депрессивных или соматических, неврологических расстройствах (отворяя внутренние аптеки), а также при различных неврозоподобных (в т. ч. шизофренических) страданиях, эпилепсии.

Рациональная психотерапия, РПТ (син. — рассудочная) — психотерапия, обращенная к разуму, рассудку (лат. *ratio* — разум, рассудок, смысл, подсчет, учет). Сложилась в начале нашего столетия как протест против **суггестивной терапии** (см.), опирающейся не на разъяснение-доказательство, а на веру. Основоположник направления Поль Дюбуа из Берна (1848—1918) отвергал внушение как «обман», «первоапрельскую шутку», поскольку оно только усиливает внушаемость — вредную душевную слабость, а убеждение (РПТ) считал «добрым советом», который дал бы и себе самому (Дюбуа П., 1912). В этой категоричности выразилось то, что новатор не был истинным клиническим психотерапевтом (см. — **«клиническая психотерапия»**). Он был убежден в том, что у всех людей всякому чувству присуще логическое начало, оно и страдает у всякого невротика, и его следует поправить разубеждением, доказательством. Как будто бы в конце жизни Дюбуа все же согласился с тем, что многим своим больным истерией лишь *внушал* свою логику. Дюбуа, однако, не был «логическим сухарем», он полагал, что убеждение действует и разумом, и чувством, но «эти чувства логичны», ибо нелогична лишь «животная страсть». С.И. Консторум (1959) подчеркивает, что Дюбуа «хочет сделать своего пациента более ***зрелым*** и более ***мужественным***». РПТ содержательно (в т. ч. и клинически) развивали в

ту пору в Европе Ж. Дежерин, Е. Гоклер, Я. Марциновский, Г. Оппенгейм.

Для клинического психотерапевта ясно, что РПТ серьезно поможет пациентам с рассудочностью, склонностью к анализу, доказательствам, но на пациентов с аффективным мышлением убеждение-доказательство чаще действует суггестивно, т. е. превратившись во внушение. Понятно, что внушение, хотя бы крошечно, косвенным образом, присутствует в любой психотерапевтической беседе. Клиницист, отправляясь от клинических, личностных подробностей, в живом общении с пациентом, — и составляет соответствующие клинике психотерапевтические «оркестры», в которых в различных количествах и формах соединены разнообразные психотерапевтические инструменты. Так, например, в работе с психастеником-ипохондриком первую скрипку играет информативное разъяснение, доказательство, в работе с циклоидом-ипохондриком разъяснение-доказательство необходимо сопроводить душевным теплом, шуткой, дабы всколыхнуть в циклоиде светлый подъем настроения. В работе с больным неврозоподобной шизофренией разъяснение-доказательство соединяется с серьезной эмоциональной заботой о пациенте и активирующими мотивами, и т. д. С.И. Консторум (1959) дает классические образцы рациональной работы (смешанной с воспитанием, активированием) — с непримитивными больными истерией, с психастеническими пациентами. Взволнованно сочувствуя переживаниям пациента, врач рассказывает ему существо его страдания и в случаях истерии горячо негодует по поводу того, что пациентка неприлично демонстрирует свои «язвы», «чтобы разжалобить проходящих», а в беседе с психастеником сочувственно доказывает ему, что он немалого стоит (при всей своей неуверенности), разъясняет и развенчивает каждый его тягостный симптом. Думается, можно идти бесконечно далеко в целебно-разъяснительной работе с психастеническими, тревожно-сомневающимися пациентами. Это не только необходимое по обстоятельствам подробнейшее знакомство их под руководством врача с медицинской литературой, с анатомическим атласом — дабы доказать, что нет оснований подозревать злокачественное заболевание, не только изучение характеров, дабы легче было понять собственные поступки и поступки людей. Порою приходится даже познакомить, например, психастеника-врача, с ужасом подозревающего у себя шизофрению, с больными психастеноподобной шизофренией, чтобы он спокойно, клинически увидел между ними и собой серьезную разницу. А многие больные психастеноподобной ши-

зофренией улучшаются, когда, специально подготовленные врачом, психотерапевтически помогают еще более тяжелым пациентам. В этом особом, сложном психотерапевтическом механизме также работает важный для них самих момент разъяснения-доказательства.

Близка РПТ в ее классическом понимании знаменитая современная американская **когнитивная** (лат. *cognitio* — познавание) **психотерапия** психиатра Арона Бека (Aaron Beck). Бек (вспомним Дюбуа) полагает, что основу эмоций, депрессивных расстройств составляют дурные мысли, ошибки мышления. Последние сказываются в том, что депрессивный истолковывает все вокруг себя, отношение людей к себе в черном цвете и несправедливо гадко думает сам о себе, несправедливо-ошибочно не видит хорошего в будущем. Исходя из этой «когнитивной триады». Бек разработал целую систему психотерапевтических техник, которые поправляя мысли пациента, помогают ему думать более реалистически и тем улучшают его настроение и поведение. Конкретно это — «поведенческие» и «вербальные» техники. Поведенческая техника состоит в том, чтобы продемонстрировать пациенту его же поведением ложность его убеждений. Например, лежачему депрессивному пациенту, убежденному в том, что не может выйти из спальни, нет сил, предлагается попробовать сделать хоть несколько шагов, а потом еще несколько — дабы поколебать его убеждение. Вербальная техника заключается в том, что врач учит пациента четко выразить словами свои ошибочные идеи и затем помогает разумно-логически найти в них ошибки, чтобы мыслить более реалистически (Бек, 1996).

Отмечая высокую практическую ценность метода Бека, соглашаюсь со многими психотерапевтами в том, что все же не логическая ошибка («депрессивная» мысль) порождает депрессию и не логика ее излечивает. Все тут сложнее, особенно если вспомнить тоску умных собак, не способных мыслить человечески.

Рационально-эмотивная терапия американского психотерапевта-психолога Альберта Эллиса (Albert Ellis) — также одна из самых известных когнитивных психотерапевтических школ. Эллис (1973) подчеркивает, что человек живет не единым эмоциональным хлебом, он «удивительное когнитивно-эмотивно-поведенческое создание», и уникальная, самая человеческая его способность — «способность думать о том, о чем он думает». Дабы не «дегуманизировать» себя, необходимо служить какому-то действительно высокому мышлению и мышлению о мышлении, к которому мы способны, но которым так легко пренебрегаем. Согласно

этому и на основе специально эмпирически разработанной техники (включая «прямую конфронтацию», «эмоциональное фокусирование») пациент (клиент) учится разрешать свои проблемы, познавая личную ответственность за возникновение этих проблем и тревог в его жизни.

Основная идея метода Эллиса («теория долженствований») состоит в том, что депрессивного, тревожного человека губит порождающая в нем депрессию, тревогу ошибочная, абсолютистская убежденность в том, что он что-то «должен, просто обязан». Эту, по его мнению, холостую «бессмысленность» Эллис называет «мастурбацией» (игра с английским словом «must» — «должен») и предлагает логически помочь несчастным освободиться от этого ужасного «должен» (Эллис, 1994, с. 10). В нашей стране некоторые психотерапевты также применяют этот американский метод. Я не раз как супервизор наблюдал, с каким ужасом смотрят русские тревожные женщины с врожденным чувством нравственного долга на психотерапевта, уверяющего их в том, что они *ничего не должны* ни ребенку, ни мужу, ни дому, ни службе.

Активирующая психотерапия, АПТ (лат. *a-ctio* — действие, деятельность, активность) — психотерапия побуждением пациента к деятельности (в широком смысле), дабы обрести ему новый для него опыт, иное, активное, деятельное ***мироотношение***, которое в свою очередь уже повлияет на мироощущение, мировоззрение. Так определял АПТ ее основоположник С. И. Консторум (1959). Он вывел АПТ из германской ***трудовой терапии***, или Aktivere Therapie — «более активной терапии» 20-х годов нашего века (Г. Симон) и затем включил трудовую терапию в АПТ вместе с физкультурой и ритмикой. Дело, конечно, не в том, чтобы учить пациентов физкультуре или ритмике, выжиганию или переплету, а в том, чтобы через все это, через «психомоторизм» учить их тому отношению к жизни, миру, которое проповедовал Гете («В начале было дело»), «учить их тому, что и активность определяет сознание, учить их действительности» (Консторум С.И., 1927, 1930). Всячески вовлекая пациента в разнообразную, более или менее активную жизнедеятельность, требуя от него прежде всего действия (устроиться на работу, экскурсии, поездки на стадион, служение общественному делу, физические упражнения, ритмика и т. д.), мы должны доказать пациенту практикой жизни, что он гораздо сильнее, душевно богаче, добрее, ловчее, смекалистее и т. д., нежели думает о себе. «Психомоторизм» соединяется здесь с творчеством, музыкой, охваченностью общест-

венными идеалами (в духе А.И. Яроцкого). Консторумскую АПТ, конечно же, невозможно представить без консторумского живого остроумия и находчивости. В соответствии со своим синтонно-энергичным душевным складом и тогдашней (20—30 гг.) некоторой романтической, искренней увлеченностью ленинскими идеями революционной социалистической переделки мира и человека — Консторум (1959) считал АПТ («обогащение сознания через обогащение деятельности») «ведущим психотерапевтическим принципом» во всех случаях, когда вообще возможна психагогическая (психотерапевтически-воспитательная) работа.

Думается, без серьезной АПТ, естественно, умело соединенной с иными, тоже «ведущими», психотерапевтическими воздействиями (рациональная психотерапия, групповая, аналитическая, терапия творчеством и т. д.), сегодня невозможно квалифицированно помочь астеническим (астеноподобным), психастеническим (психастеноподобным) и другим дефензивным (с переживанием своей неполноценности, робким, вялым) пациентам — и, прежде всего, эндогенно-процессуальным. Даже без специальных лечебных занятий трудом, физкультурой-ритмикой мы требуем от них непременной деятельности: по возможности притворяться в своей апатической субдепрессии здоровым, вытащить себя из постели в положенный час, пусть натужно, но улыбнуться, пусть натужно, кивнуть себе в зеркало, беспощадно отвести себя на работу, там постараться, хоть механически, но вежливо общаться с сослуживцами и сделать то, что необходимо по службе сделать, надеясь в глубине своей, что «засквозят», откроются, наконец, благодаря всем этим механическим усилиям, живой интерес, любопытство, любовь к делам, к людям, к природе. Действовать, действовать, пока не размышляя — зачем это. Выполнять составленное расписание дня, недели, месяца. Пусть машинально, но все же пытаться смотреть фильм, читать книгу, записывать хотя бы о бытовых мелочах, которые сегодня произошли (кого встретил, кто что сказал), и тогда незаметно затеплится, станет разгораться душа.

Клинико-аналитическая терапия (КАТ) — важный раздел, метод ***клинической психотерапии***. Это не психоанализ в узком, истинном смысле. Любая подлинная психоаналитическая ориентация есть система не реалистическая, не естественнонаучная, а аутистически-символическая. т. е. выстраивается она не из клинического опыта, не из экспериментов, а из аутистической, самособойной работы чистой

мысли, толкующей так или иначе символически переживания человека. Психоаналитические ориентации противоречат друг другу, таким образом, лишь своими умозрительными содержаниями, а это обусловлено прежде всего разнообразием аутистических стилей, нередко даже враждебно исключающих друг друга (пансексуалистически-фрейдовское содержание-стиль, адлеровское — с конфликтом стремления к власти и чувства неполноценности, и т. д.). Клинический анализ, в отличие от психоанализа, есть, т. о., анализ душевных переживаний, построенный на реалистической, естественнонаучной работе мысли. От ***рациональной психотерапии*** *терапия аналитическая* отличается более или менее подробным разбором, рассмотрением, анализом работы бессознательного в душе пациента. Существо аналитической терапии вообще — и есть выяснение вместе с пациентом смысла его душевных переживаний с целью помочь ему обрести этот смысл, осознать происхождение тягостного (прежде всего неопределенностью, аморфностью) эмоционального напряжения, дабы смягчиться, осознанно отреагировать, излечиться осознанием, определенностью. Анализировать же, выяснять смысл происков бессознательного возможно (в соответствии с особенностями душевного склада аналитика, его школы) — и психоаналитически (аутистически-символическое толкование высказываний, ассоциаций, сновидений и т. д. в духе той или иной психоаналитической ориентации), и клинически (т. е. реалистически, исходя из особенностей клиники, личностной почвы, лежащих в основе конституционально предопределенных структур душевной защиты). Некоторые широко и живо мыслящие клиницисты-классики (современники З. Фрейда) не отвергали психоанализ именно потому, что понимали, знали возможность его клинического преломления (Э. Блейлер, 1911, Э. Кречмер, 1922). Как именно, какими способами, в системе каких аутистических символов или клинико-реалистическим толкованием вскрываются-осознаются бессознательные переживания пациента — зависит от склада, мироощущения психотерапевта и пациента. Наряду с аутистически-символическими аналитическими толкованиями (Фрейд, Юнг, Адлер, Фромм, Лакан) существует и аналитико-реалистическое, клинико-психотерапевтическое толкование (Э. Блейлер, Э. Кречмер, Ю.В. Каннабих, С. И. Консторум). Так, если психотерапевт, фрейдовски убежденный в том, что болезненная робость, застенчивость, тревожная напряженность, с ними связанная, всегда обусловлены Эдиповыми механизмами (сексуальное тяготение ребенка к матери с ненавистью и страхом к отцу-соперни-

ку), нацеленно ищет эти механизмы в детских отношениях своего пациента с родителями, — это есть обычный пример умозрительно-психоаналитического толкования. Клинический психотерапевт, вживаясь, проникая в личностные, клинические особенности своего робкого, застенчивого пациента, осмысливает его как, например, конституционального психастенического психопата с реалистическим (не аутистическим) мышлением. С помощью изучения (пациентом) типологической литературы, врачебными разъяснениями (индивидуальными и в группе творческого самовыражения, где другие психастеники и представители иных характеров наглядно обнаруживают свои особенности в разнообразном творчестве) возможно помочь пациенту понять эти его особенности, трудности, общественно-полезную силу слабостей (показав, как похоже все это трудное характерологическое на известные трудности великих психастеников — Дарвина, Чехова, Павлова). Возможно помочь понять иные характеры, поступки и свои отношения с близкими, сослуживцами как людьми иного склада, с иными интересами и ценностями, которые следует научиться уважать (если в них нет безнравственности). И тогда пациент «прозревает» в этом своем новом осознании мира и себя самого, смягчается определенностью и вдохновляется на творческие дела. Это и есть типичный пример клинико-аналитической терапии. То же самое — в случаях невротических, когда психотерапевт помогает пациенту осознать, что тот защитно-бессознательно «залез» в «клетку» определенного невроза от конфликтных трудностей жизни, с которыми не смог справиться рассудочно-зрело по причине своей душевной незрелости. Но и здесь толкование идет не от какой-либо психоаналитической, экзистенциальной, замкнутой в себе самой ориентации, а от проникновения в клинические закономерности душевной (в данном случае невротической) защиты, от конституциональной склонности человека реагировать в определенной конфликтной ситуации либо астенически-невротически, либо фобически, либо истеро-невротически. Пациентам-невротикам с символически-аутистическими особенностями мышления, чувствования, психогенного реагирования нередко остается объяснять случившееся с ними в том же, отвечающем их особенностям символически-аутистическом духе, но и это психоаналитическое объяснение, в отличие от психоанализа, идет не от психоаналитической ориентации, а от самой клиники. Например, на истерических невротиков с аутистическим складом личности в плане разрешения конфликта действуют сплошь и рядом лишь соответствующие их складу аутистически-символические ми-

фологические объяснения, поскольку эти невротики мыслят-чувствуют аутистически, поскольку у них символические сновидения (в отличие от реалистических сновидений циклоидов) и т. п. (Каравирт К., 1980). Если психотерапевт в такого рода объяснениях не силен, не ловок, не может заразить пациента своей аутистической искренностью, верой, то остается направить пациента к психоаналитику.

Итак, КАТ, в отличие от психоанализа, анализирует, толкует бессознательные переживания клинико-реалистически, сообразно личностной почве, выясняя смысл этих переживаний в клинической беседе, с помощью метода свободных ассоциаций, ассоциативного эксперимента, клинического толкования сновидений и т. д.

2.3. О защитно-психологической структуре гипноза (1979) [28)]

Конкретные индивидуальные особенности психологической защиты данного человека отчетливо видятся в душевных его свойствах, реакциях — и в бодрствовании, и в гипнозе. Так, защитно-психологические механизмы человека, склонного к истерическому реагированию, позволяют ему, суживаясь сознанием (иногда до сомнамбулизма), истерически двойственно относиться к психотравмирующей ситуации, заслонять беду, потерю игрой (например, лаская куклу и называя ее именем пропавшего ребенка), отвлекаясь от неприятности или горя в истерический припадок, ступор, кашель и т. п. Защитно-психологический момент психастенического человека — деперсонализационный механизм, позволяющий в травмирующей обстановке осмысливать события с ощущением собственного эмоционального онемения, невозможности остро переживать. Эти же индивидуальные защитно-приспособительные механизмы оживляются в человеке при его гипнотизации (Рожнов, Бурно М., 1976).

Особенность структуры истерического гипноза — суженность сознания вплоть до глубокого сомнамбулизма, а психастенического гипноза — деперсонализационное душевное онемение при достаточно ясном осмыслении происходящего. В этом смысле вызволенные гипнотизацией индивидуальные гипнотические состояния-структуры целебны, защитны сами по себе, независимо от гипнотического лечебного внушения.

Многие больные вялотекущим шизофреническим процессом обнаруживают при гипнотизации расщепленный сомнамбулизм, в котором деперсонализация причудливо переплетается с сужением сознания (Бурно М., 1978).



Гипнотически-сомнамбулическая картина примитивных дебильных пациентов обычно отличается психологической бедностью, порой просто ступором с открытыми глазами и потерей ресничного рефлекса (как и острые психогенные реакции в этих случаях).

У больных алкоголизмом по мере нарастания деградации личности разрушается и защитная структура гипноза, приближаясь к картине естественного сна. Пациент с психоорганической деградацией (алкогольной, сосудистой, травматической) под гипнотическим внушением обычно засыпает естественным сном с храпом. Рапорт здесь неустойчив, рыхл, и приходится постоянно поддерживать, «очерчивать» его соответствующими внушениями.

Наш клинический материал подобного рода насчитывает более 200 случаев. По мере огрубения личности, например ювенильного алкоголика, его поначалу выразительно-живой, сложный сомнамбулизм терял свои краски, образы, возможность ярко переживать внушенные галлюцинации, дезориентироваться под внушением врача. Сомнамбулизм здесь опустошался вместе с личностью вследствие разрушения сложных защитно-психологических структур.

2.4. Об одной из форм эндогенно-процессуального гипнотического сомнамбулизма (1978) [25)]

И.С. Сумбаев (1946, с. 15) отметил, что гипноз у шизофреников, «как правило, протекает атипично, и развивающиеся в связи с процессом гипнотизации изменения в состоянии больных не всегда легко отличить от снoподобных или кататоноподобных явлений». Например, одна больная спонтанно входила в гипноз и выходила из него, временами в гипнозе почти не подчинялась внушениям или реагировала противоположно содержанию внушения.

Шизофренический гипноз и по нашим наблюдениям (70 случаев) всегда атипичен. Он может быть сомнамбулическим и несомнамбулическим, однако здесь сосредоточимся лишь на особенностях одной из форм шизофренического сомнамбулизма, которую можно назвать «выхолощенным сомнамбулизмом» (18 случаев). Все эти пациенты страдают вялотекущим шизофреническим процессом с сенестопатически-ипохондрической безбредовой, субдепрессивной симптоматикой на первом плане. Здесь на фоне апатической субдепрессии или беспредметного внутреннего беспокойства с невозможностью сосредоточиться, с острой неуверенностью

в себе, «глупым» волнением перед обычным разговором отмечаются тягостные ощущения: например, распирающие головные боли с давлением изнутри на уши, ощущения жжения и необычной стянутости круглых кусочков кожи головы («поверхностные спазмы»), неприятные ощущения тяжелой скованности, напряженности в голове, сдавленности в груди, затруднения дыхания с ощущением, будто «перекрываются дыхательные пути», состояния мыслительной рассосредоточенности, ощущения будто бы включения какого-то «реле в голове» с мгновенным вздрагиванием и легким звоном где-то по поверхности головы. Указанная симптоматика отличается известной подвижностью в зависимости, например, от событий, ситуации, несмотря на явную, хоть и медленную прогредиентность: например, «голова из цепко мыслящей раньше с годами делается все мякинистее», «неприятные ощущения все гуще», «покидает постепенно энергия» и т. д. В личности пациентов звучит мягкая растворенность истероподобности в психастеноподобности. Сравнительная личностная сохранность здесь объясняется, видимо, и тем, что заболевание манифестирует после 30 лет. Все эти расстройства смягчаются на часы и дни и часто уходят вовсе под влиянием гипнотического внушения. «Буквально ощущаешь какую-то перестройку под черепной коробкой, — описывает больная М. свое гипнотическое состояние. — Будто что-то там расползается или растекается, остается только легкое, светлое, приятное и исчезает тяжелое, давящее, гнетущее, болящее. Чувствую себя прекрасно, не ощущаю ни одной клеточки своего тела: везде мир и покой, только сознание, сосредоточенное на голосе врача, работает предельно четко — хорошо впитываются, впечатываются в как бы открывшийся мозг внушения врача. Чувствую, что лицо мое светлеет, разглаживаются морщинки, где-то внутри улыбаюсь. Состояние величайшего блаженства. В случае внутреннего беспокойства и нарастающего кома неприятных ощущений таблетка седуксена, как тормоз, действует, пожалуй, сильнее, чем гипнотический сеанс, но сеанс дает более сильную общую раскованность, свободу, сильнее влияет на тонус. При систематических сеансах гипноза общая тенденция к улучшению состояния, несомненно, имеется».

Классический сомнамбулизм, возникающий обычно на здорово-ювенильной или истерической почве, есть, в сущности, суженное (функционально-сумеречное) помрачение сознания с последующей спонтанной или внушенной амнезией. В классическом сомнамбулизме всегда возможно внушать галлюцинаторные образы и отрицательные галлюцина-

ции, создать избирательный рапорт, дезориентировать сомнамбула, «закрывая» от него реальность внушенными галлюцинациями, «превращать» пациента в старика или мальчика.

В случае же «выхолощенного» шизофренического сомнамбулизма не удается внушить анестезию, какие бы то ни было галлюцинации, амнезию. Это сомнамбулизм с довольно четко работающей мыслью, способностью ориентироваться, рассматривать и анализировать свое необычное состояние «изнутри», запоминать детали. Почему же тогда этот «сомнамбулизм без сомнамбулизма» есть сомнамбулизм? Потому что снохождение налицо и сознание все-таки сужено, хотя и выхолощенно сужено: больной «видит» довольно отчетливо, *как* оно сужено. Потому что с открытыми, смотрящими внутрь, истинно сомнамбулическими глазами, с исчезнувшими ресничным и роговичным рефлексами пациент легко поддается внушению движений, выказывает каталепсию и почти полный паралич воли. Взор обращен «в никуда», не хочется «передвигать угол зрения», «глаза ничего не рассматривают»; «то, что вижу, головой не обрабатывается», полная пассивность и безынициативность, неспособность «думать из себя», если не задают вопросов; невозможно огорчиться, рассердиться или живо повеселиться, инерционность, потребность безмятежного покоя лежа или стоя, «так бы и стояла оставленная», «внушение как-то глубоко объемно входит во все части тела». И все же при этом «подпорчен» истеро-приспособительный смысл истинного сомнамбулизма — уйти художественно-красочными средствами бессознательного реагирования (в трудной ситуации или при гипнотизации) в мир образов, который восполнит реальные неудачи, охранительно «выключит» из действительности, как видим это в случаях истерии. Здесь нет красочно-живого аффекта вообще, а потому нет и возможности истеро-аффективного сужения сознания с ярким фантазированием и галлюцинированием. Мы, несомненно, имеем здесь шизофренически расщепленный истерический механизм, а именно, как писал об этом А.Н. Бунеев (1937), «всплывание истерического на поверхность сознания и как бы разоблачение этого истерического самим больным», при котором, например, шизофреник анализирует свое собственное псевдодементное поведение.

Приведем подробное описание собственного гипнотического состояния все той же пациенткой М., 42 лет (инженер-энергетик).

«Удивительно быстро наступает состояние успокоения, дыхание входит в ритм почти с первых же Ваших слов. Расслабляюсь быстро, не успеваю уловить ни ощущения тяже-

сти, ни тепла, а как-то сразу погружаюсь в знакомое состояние гипнотического сна. Неведомая сила притягивает руки к кушетке, голова приросла к подушке, прекрасно "зашивается" рот под Вашими словами. По Вашей команде открываю глаза — в первые мгновения легкий туман перед глазами, потом вижу отчетливо, как наяву, потолок, плафоны. Касаетесь рукой моих ресниц, ватой поглаживаете глаза, но не моргаю, не хочется, глаза на это не реагируют. Взгляд остановившийся. Вижу почти так же, как наяву, только это, пожалуй, взгляд в никуда. Затем по Вашей команде сажусь. Глаза сделали легкое движение в сторону и остановились на Вас. Больше двигать ничем не хочется. Если б не отвлекали меня вопросами, то вот так могла бы сидеть, наверно, долго, ничего не видя, так как окружающее, то, на что направлен взгляд, как будто не фиксируется в мозгу, потому что мозг как бы разленился, ничего не хочет воспринимать, голове так приятно сейчас в состоянии бездумия, свободы от мыслей. Просите меня вспомнить о чем-либо, например, что-то неприятное. Не получается. Не удается втиснуть в голову ни одной мысли, от которых обычно трудно отделаться. Даете команду: "Правая рука поднимается сама, помимо Вашей воли". И рука поднимается, вначале дискретно, а затем кажется, более плавно. По Вашему указанию пытаюсь противодействовать подъему, стараюсь опустить ее вниз. Не получается! Какая-то упругая сила давит на руку снизу, и никак невозможно ее опустить, она по-прежнему поднимается вверх. Затем начинаете со мной разговаривать. Сознание работает четко. Понимаю все, что спрашиваете, мои губы и язык мне послушны, отвечаю свободно. Отчетливо, как наяву, вижу Вас, остальное вокруг будто слегка затуманено. Мне кажется, это оттого, что в гипнотическом сне взгляд неподвижен, угол зрения поэтому очень ограничен и все, что находится вне этого угла зрения, как-то стерто.

Вы спрашиваете, сплю я сейчас или бодрствую. Отвечаю, что сплю.

— Почему?

— Потому что без Вашей команды не могу ничего сделать. (В действительности я во власти оцепенения.)

Вы произносите какие-то слова — и руки, и ноги мои свободны, ничто не сковывает их. Спрашиваете:

— А теперь спите?

— Кажется, теперь не сплю (ощущаю, что все тело подчинено мне).

— Почему Вы так думаете?

— Потому что могу встать и уйти.

— Попробуйте!

Оживляюсь и пытаюсь опустить ноги с кушетки. Ноги застыли в каком-то промежуточном положении, не могу сдвинуть их с места. Спрашиваете, что я вижу. Вижу гипнотарий. Все окружающее воспринимается довольно отчетливо, но взгляд стремится остановиться в одном положении и потом нет сил и желания его переместить. Взгляд такой же ленивый и инертный, как все мое тело. Пространство, охватываемое взглядом, более ограничено, чем наяву. Вас вижу как в тумане, нечетко — Вы теперь вне этого угла зрения. Внушение голубого неба и облака в нем не действует — вижу потолок. Внушаете запах скошенной травы, запах розы — ощущаю запах свежести, внушение прохладного ветерка дает уловимое ощущение прохлады. Внушаете, что вижу розы, просите взять их. Роз не вижу, взять нечего*. Заставляете попытаться увидеть на Вашей ладони кусок мела. Смотрю внимательно, пытаюсь представить мел, но не получается. Потом Вы захотели, чтобы для меня исчез большой черный портфель, стоящий у ножки стола. Смотрю, смотрю на него, а он не исчезает.

Ваше внушение в конце сеанса — забыть все, что было в лечебном сне, — не очень подействовало. Было лишь ощущение легкой обволакивающей пелены в голове, пытавшейся стереть происходившее».

В.Е. Рожнов (1973) полагает, что сомнамбулический гипноз в силу известного упрощения, аналитического разложения сложных психофизиологических актов создает особенно выгодные условия для исследования бессознательного. Шизофренический сомнамбулизм, несущий в своей структуре патологическую «поломку», думается, может дать в изучении бессознательного нечто свое, существенное, связанное с «поломкой». Ведь, чтобы лучше изучить нормальную работу часов и поразмыслить о времени вообще, надо вникнуть в работу испорченных часов. И точно так же работа здорового сердца понятнее через работу больного сердца.

Гипнотическое внушение при лечении многих случаев неврозоподобной шизофрении, как показывает наш более чем десятилетний опыт, действует основательно, но применять его должно вкупе с медикаментозной и разъяснительно-активирующей терапией. Существо гипнотического лечебного воздействия в описанных случаях, как и всюду, состоит в оживлении, усилении работы механизмов собст-

* Примечательно, что пациентка подарила впоследствии своему врачу «розы, которые при всем желании так и не увидела в гипнотическом сне».

венной, индивидуальной психологической защиты. Больные отмечают, что в гипнотическом состоянии чувствуют себя совершенно здоровыми, способны не думать о своих тягостных ощущениях* — будто возрождается прежнее, здоровое реагирование. После гипнотических сеансов время от времени «само собой включается состояние приятной уравновешенности», подобное гипнотическому.

В диагностически трудных случаях гипнотическое состояние шизофреника атипичностью своей может работать диагностически, если внимательно рассматривать в каждом таком случае структуру гипноза. В неврозоподобной шизофрении нередко психастеноподобное сплетается с истероподобным. И то, и другое гротескно звучит в гипнотической картине: истероподобное — сомнамбулической (хотя и выхолощенной) суженностью сознания, психастеноподобное — деперсонализационным онемением души с ясностью мысли; сплетение же того и другого дает «выхолощенный сомнамбулизм».

2.5. О формах гипнотического сомнамбулизма сообразно клинической почве (1980)** [30)]

Гипноз несет в себе разбуженный гипнотизацией индивидуальный защитный механизм, соответствующий варианту характера и психопатологического расстройства. Так, больные истерическим неврозом в силу вытеснительно-суживающих свойств своей защиты впадают при гипнотизации в сомнамбулизм (если вообще погружаются в гипноз), а психастеническая психопатия с ее защитными особенностями в виде душевного онемения при ясности мысли обусловливает деперсонализационную структуру гипноза.

Во времена Шарко и Жане исследователи уже говорили о диагностической пользе гипноза, хотя бы лишь в плане отграничения функционального от органического и подозрения на истерию в случае глубокого сомнабулизма с галлюцинациями (Молль, 1909). П. Жане (1911, с. 219) отметил, что «чистый» гипнотический сомнамбулизм с «последовательной амнезией» встречается чаще всего у «бесспорных истериков, страдавших уже раньше сомнамбулизмом в какой-нибудь форме или имевших другие симптомы этого невроза

* «Блаженная пустота мыслей в голове», неспособность фиксироваться на ощущениях, душевное онемение, несомненно, несут в себе приспособительную работу организма.
** В соавторстве с К.А. Каравиртом.

и представляющих характерное для истерии душевное состояние» и никогда не возникает у «эпилептиков, психастеников, терзаемых болезнью сомнений, помешанных с систематическим бредом и прочих».

В 1946 г. появилась известная книга И.С. Сумбаева, в которой сопоставлялись механизмы фармакологического и гипнотического воздействия на больных истерией, эпидемическим энцефалитом с онейроидным синдромом, больных циклофренией и шизофренией. Отмечаются особенности гипнотической картины в каждом случае, обусловленные, как полагает автор, определенными экзогенными и эндогенными факторами.

Интересны и работы о дифференциальной диагностике негипнотического, спонтанного сомнамбулизма, поскольку очевидно, что по крайней мере в функциональных случаях гипнотический сомнамбулизм есть психогенно спровоцированная гипнотизацией индивидуальная сомнамбулическая реакция*. Х.А. Изаксон (1975), отмечая особенности сомнамбулической картины у больных истерическим неврозом (8 случаев), указывает на «стереотипность действий во время снохождения», «некоторую нарочитость действий» (например, пациент с мяуканьем лез на подоконник) и упорные заверения больных о том, что они ничего не помнят о случившемся снохождении, даже если их будили в сомнамбулизме. Больные неврастенией (3 случая) не выказывали в сомнамбулизме стереотипности и нарочитости действия, обычно «что-то бормотали, а затем как будто кого-то искали или с кем-то разговаривали и ложились спать». Когда их будили в снохождении, они смущались, и утром помнили об этом. Указанные кратко описанные случаи неврастенического сомнамбулизма, как и психастенического сомнамбулизма Ф. Раймонда (1900)**, думается, нуждаются в более тщательной дифференциальной диагностике и в сомнамбулическом, и в личностно-нозологическом аспектах.

В настоящей работе делается попытка клинически отметить особенности гипнотической сомнамбулической картины у больных с истероневротическими и истероподобными (шизофреническими) проявлениями. Особенности указанных проявлений и особенности гипнотического сомнамбулизма отчетливо сообразуются с личностной почвой, послу-

* Э. Циглер и Х. Рамбах считают, что сомнамбулизм может быть остро психогенно спровоцирован даже у больного эпилепсией.

** Раймонд описывал «психастеническое бегство» наряду с истерическим и эпилептическим.



жившей основным дифференциально-диагностическим критерием в разделении больных на группы.

Наш клинический материал — 159 случаев (24 мужчин, 135 женщин) в возрасте от 19 до 58 лет.

Лекарственная терапия, которая могла бы влиять на картину гипноза, пациентам в период исследования не назначалась.

1-я группа: классический гипнотический сомнамбулизм (42 случая: 40 женщин, 2 мужчин). Обнаружился при гипнотизации больных с *истерическим неврозом на ювенильно-неустойчивой личностной почве*. Живая красочность, выразительность истероневротических реакций ювенильно-неустойчивой характерологической почвы перекликаются с живым характером классической сомнамбулической картины. Помраченное, суженное сознание легко наполняется внушенными галлюцинациями, которые сомнамбул отождествляет с действительностью (например, гладит галлюцинаторного котенка, как настоящего, нежно усадив на колени)*. Легко вызвать внушением избирательный рапорт, отрицательные галлюцинации (сомнамбул, например, даже специально вглядываясь, не отдает себе отчета в том, что видит реальный предмет, когда внушаем ему, что там нет ничего). Можно внушением «ввести» сомнамбула в любой возраст человеческой жизни с мимическими, пантомимическими, голосовыми, почерковыми и другими особенностями этого возраста, с тем выразительным моментом неосознанной игры, который Х.А. Изаксон упомянул как «некоторую нарочитость действий». Постгипнотическая амнезия, внушенные движения и вегетативные реакции, постгипнотические внушения — все это обычные вещи при данном истерически-диссоциированном душевном состоянии.

Здесь же следует сказать о пациентах (13 случаев, все женщины) с *истерическим неврозом на инфантильно-неустойчивой почве*, которых мы, как ни старались, не смогли загипнотизировать. Мы вынуждены отличать инфантилизм от ювенилизма, поскольку встретились с пациентами, к которым по существу их характера подходит именно выражение «задержанное детство», а не «задержанная юность». Истероневротические реакции отличаются здесь характерной детской элементарностью, стойкой моносимптомностью,

* Возможность внушением глубоко, достаточно стойко дезориентировать сомнамбул в месте, времени, окружающем, собственной личности, несомненно, обусловлена в большой мере высокой внушаемостью при живых, чувственных красках психики, участвующих в создании яркого сомнамбулического мира, конкурирующего с реальным.

соматовегетативной неустойчивостью (в 9 случаях истерическое нарушение мочеиспускания). Здесь нет свойственной и здоровым юношам (в связи с их непсихопатически мягким «дисгармоническим инфантилизмом», Сухарева, 1959, с. 212) юношеской грубоватой раздражительности и гиперсексуальности. Напротив, у всех пациенток этой группы обнаружена стойкая фригидность, неподдающаяся лечению, видимо, по причине выраженной соматически-сексуальной незрелости. Тут вообще характерны выразительные черты физического инфантилизма в виде хрупкости, грацильности телосложения и моторной детской живости. Трудности гипнотизации в этих случаях отчасти обусловлены, видимо, тем же, чем и у ребенка до 7 лет: невозможностью сосредоточиться на словах внушения, что необходимо для погружения в гипноз. Молль (1909, с. 49) удачно заметил по этому поводу: «Дело в том, что хотя дети вообще легко подчиняются чужому авторитету, но мысли у них еще слишком бродят для того, чтобы у ребенка мог сложиться определенный образ гипноза».

2-я группа: чувственно-пустой гипнотический сомнамбулизм (46 случаев: 42 женщины и 4 мужчин). Наблюдался у пациентов с *истерическим неврозом на примитивной почве.* Примитивность, бедность психики обусловили здесь бедность красок, чувственную пустоту сомнамбулизма. При каталепсии (даже «забыла, где руки»), открытых глазах сомнамбулы с тугоподвижным, отсутствующим взором, при снохождениях, когда «все слышу, а лицо заспатое», при отсутствии или выраженном ослаблении ресничного, роговичного рефлексов и защитных движений, например вздрагивания в испуге при неожиданном размахивании рукой перед глазами, — при всем этом, в отличие от классического сомнамбулизма, здесь не удается внушить отчетливых галлюцинаторных образов. В лучшем случае пациенты говорят, например, о внушенном яблоке: «какая-то красновато-зеленоватая тень», вместо яйца на ладони: «что-то светлое», «откуда-то широкеньким пучком свет». Иногда сомнамбула видит внушенные ей березы, но «как на картине», «красок нет», «вижу деревья, но расплывчато», «как будто за окном». Обычно не удается вызвать и отрицательных галлюцинаций. Примечательно, что если при внушении галлюцинаций попросить закрыть в сомнамбулизме глаза, то те же образы с закрытыми глазами «видятся», как сообщают пациенты, гораздо яснее и ярче. Внушая галлюцинации с закрытыми глазами (осенний сад, яблоки и т. п.), удавалось даже иногда дезориентировать пациентов (например, пациент сообщал, что лежит на скамейке в саду

и терялся, когда спрашивали, почему он тут, что делает). Но это, подчеркиваем, было только с закрытыми глазами.

Сновидения этих пациентов также нередко были наполнены достаточно отчетливыми, выразительными образами («будто вытаскиваю из какой-то грязи кошек, толстых змей»; «сорвала чужие огурцы и взобралась на печь» и т. п.). Не удается во всех этих случаях установить избирательный рапорт, внушить постгипнотическую амнезию, нет той выразительной подчиняемости, как при классическом сомнамбулизме, когда внушаешь движения мимо или против воли («рука сама поднимается вверх», «начинаете смеяться и не можете остановиться, хотя пытаетесь изо всех сил» и т. д.). При этом виде гипнотического сомнабулизма вообще нет упомянутого выше выразительного игрового момента. Пациенты нередко легко просыпались стоя, в снохождении, наткнувшись случайно на что-то или при нашем прикосновении к их ресницам, а то и просто спонтанно выходили из этого «пустого» сомнамбулизма. Тем не менее в сомнамбулическом состоянии они основательно отдыхали, так как «в это время ни о чем плохом не думается», «чувствую себя совсем здоровой», «всякие звуки, голоса, люди вокруг как не для меня», «все рассеяно, как в тумане, не хочется говорить, двигаться, стояла бы так и отдыхала», «на душе легко и голова легкая». Все это дает нам основание назвать такой вид сомнамбулизма чувственно-пустым. Блекло-примитивная психическая почва не может дать выразительной, чувственной красочности и в сомнамбулизме. Но в тех случаях, когда в примитивной личностной почве проглядывает хоть легкая чувственность-художественность, романтичность, она начинает звучать сообразно своей выраженности и в структуре сомнамбулизма (см. Каравирт, 1978). Чувственно-пустой сомнамбулизм отличается также от причудливо-выхолощенного — одной из форм шизофренического гипнотического сомнамбулизма — именно отсутствием причудливой выхолощенности. Он просто чувственно беден, как вообще равномерно бедна примитивная психика. А в указанных случаях шизофренического сомнамбулизма психическая тонкость, сложность, даже некоторая духовная поэтичность сочетаются с отсутствием чувственных красок, чувственной окраски восприятия, что и производит впечатление чувственной выхолощенности, тщательной до вычурности. Здесь не удается внушить даже силуэт, пятно — при внимательном (по нашей просьбе) и нередко остроумном аналитическом наблюдении за собой в это время.

3-я группа: чувственно-расщепленный гипнотический сомнамбулизм (58 случаев: 40 женщин и 18 мужчин). Дан-

ная структура сомнамбулизма выявилась при неврозоподобной шизофрении с истероподобной картиной. В сущности выхолощенный сомнамбулизм есть разновидность расщепленного сомнамбулизма, поскольку интеллектуальная сложность, тонкость здесь отщеплены от чувственного тона, а отчетливая подчиняемость врачу целенаправленных движений в снохождении, глубокое расстройство воли, при котором под внушением пациентка, например, не просто не может поднять руку, но не может этого даже и захотеть, контрастируют с невозможностью чувственных ощущений. Все это, видимо, отражает в гротеске глубинную шизофреническую расщепленность. Эту разновидность расщепленного сомнамбулизма можно назвать чувственно-расщепленным сомнамбулизмом, поскольку в таких случаях, хотя и расщепленно, все же удается внушить чувственные образы и даже дезориентировать пациентов. Расщепленность, вычурность сказываются в том, что внушенные образы нередко бывают мертвы, неестественны. Например, птица видится «как на картинке», внушенный живой котенок, которого пациентка неестественно поглаживает, оказывается, при расспросе, сделанным из картона и т. п. Игровой момент здесь всегда расщеплен: в заторможенных, вялых движениях (например, при внушенном собирании цветов) больше вычурности, нежели живой естественности, выразительности. Иногда вдруг оказывается, что пациентка цветы вовсе не видит вокруг себя, как на лугу, а «представляет в голове». Что-то ей удается внушить с чувственной живостью, а что-то внушить не удается вовсе. Своеобразны субъективные ощущения пациентов при наблюдении за собой: «как вареная», «как мертвая», «как заколдованная», «мозги перетянуты повязкой», «тело будто ничего не весит, как будто висит в воздухе и вдруг будто отнимается половина тела и куда-то улетает».

Как и при выхолощенном сомнамбулизме, здесь не получается свободно переводить взор, «взгляд замирает». Иногда пациенты отказываются в этом приятном для них состоянии отвечать на вопросы, разговаривать. Шизофренических сомнамбул в отличие от невротических не удается эмоционально расшевелить, оживить внушением до истинной живости. Расщепленность, негативизм гротескно звучат и в двигательной сфере. Например, при внушении: «глаза открываются» — глаза нередко зажмуриваются так, что их руками не открыть. Или при выраженной каталепсии под внушением врача: «ноги отключились от вашей воли» — пациент с легкостью приподнимает ноги. Сплошь и рядом двигательная

подчиняемость, обнаруживаясь в одних случаях, по совершенно непонятным причинам не вызывается в других. При всем этом пациенты испытывают в гипнозе чувство душевной раскрепощенности, блаженство, хотя и эти приятные чувства нередко отличаются вычурным оттенком. Так, одна пациентка отмечала, что после сеанса наступает «такая легкость, приятность, будто пузырики шампанского поднимаются во всем теле кверху».

Гротескно усиливая, карикатуризируя некоторые существенные глубинные механизмы психики, определенный вид гипноза может своей структурой помогать дифференциальной диагностике. Так, отсутствие в сомнамбулизме чувственных красок, поволока туманности вместо мира внушенных чувственных образов говорят о чувственной бедности примитивного человека или больного шизофренией. При этом у шизофренической пациентки могут быть кричащие краски одежд и косметики.

2.6. Аутогенная тренировка (учебное пособие) (1971) [4)]

***Аутогенную тренировку** (АТ)* — весьма важный психотерапевтический метод — применяют многие отечественные и заграничные врачи. Овладевший АТ пациент способен руководить, сколько возможно, некоторыми непроизвольными (в том числе болезненными) движениями тела и души, отличается «излечивающей вытренированностью организма» (Э. Кречмер). Настоящий метод, таким образом, есть личное оружие против некоторых функциональных расстройств и расстройств со значительным функциональным компонентом, полученное больным от врача.

Предложивший АТ немецкий психиатр-психотерапевт Иоганн Шульц** (1884–1970) называет ее «дочерью гипнотизма» и полагает, что ему «открыл глаза» Оскар Фохт***, описавший в конце прошлого века, как некоторые интеллигентные его пациенты устраивали себе «паузы профилактического покоя», без врача погружаясь в гипноз (самогипноз). Понятно, подобным делом, но с ореолом религи-

* Аутогенный — самородный, самостоятельно происходящий (греч. *autos* — сам + *genos* — род).
** Первые опыты опубликовал в 1909 г. Первое издание книги «Аутогенная тренировка» вышло в 1932 г.
*** Немецкий невролог и психотерапевт (1870–1959).

озности занимались в древности еще йоги. И. Шульц, видимо, имея в виду йогов, предпосылает описанию собственного метода эпиграф из Новалиса об «учениках природы», которые работают в стороне от мыслителя и невольно приводят ему «как бы живое доказательство его теоретических положений». АТ, как полагает И. Шульц, по существу, включает в себя «внушение, гипноз, йогу, гимнастику, педагогику», действует на пациента «от мышц до мировоззрения» и в то же время является психотерапией «организмической» в том смысле, что в ней нет ничего искусственного, нарушающего естество организма. Принцип метода состоит в том, чтобы научить пациента вызывать у себя специальными упражнениями особое состояние «переключения» и в этом состоянии, представляя физиологическое и психологическое существо дела, направить против болезненных расстройств самовнушение. Тренироваться вовсе без врачебного надзора не следует, поскольку «переключение» чревато осложнениями.

Приемы АТ излагаем здесь так, как применяют их к своим пациентам сотрудники нашей кафедры, то есть весьма близко к классическому методу Шульца («низшая ступень»).

Занятия индивидуальные или (чаще) групповые. Группа — 4–10 чел. Все встречи врача с пациентами содержат разъяснительные беседы. С житейскими примерами следует обстоятельно рассказать о вегетатике, о зависимости между тонусом мышц и душевным состоянием, о том, почему расслабленная мышца ощущается отяжелевшей, почему теплой становится рука и т. п. Пациент должен отчетливо представлять себе анимальную нервную систему («могу согнуть, разогнуть руку») и вегетативную («не могу подвигать желудком, остановить перистальтику кишок»). Д. Мюллер-Хегеманн составил яркие таблицы и схемы для преподавания этим пациентам физиологических основ. Упражнения должны быть «пропитаны» пониманием дела (рациональный, разъяснительный момент). Потому И. Шульц предлагает свой метод только для пациентов с «достаточной степенью умственного развития».

Комната для тренировок затемнена и не перегрета. Поменьше внешних раздражителей. Нестесняющая одежда. Пациенты тренируются в одной из трех поз.

Поза «сидя» («кучер дрожек»): спина не касается спинки стула; между бедрами прямой угол, голени перпендикулярны полу; предплечья только своим весом лежат на бедрах, кисти свободно свешиваются между бедрами, не касаясь друг друга; расслаблены все мышцы, туловище уравновешено без всякого напряжения, не перевешивает вперед; голова

с закрытыми глазами свободно упала на грудь. Весьма похоже, особенно сбоку, на задремавшего на козлах кучера времен молодости И. Шульца.

Поза «лежа»: удобно лежать на спине; руки рядом с туловищем и немного согнуты в локтях, ладони вниз; колени и носки стоп кнаружи; закрыты глаза; расслаблены все мышцы.

Поза «полулежа»: расслабленно, с закрытыми глазами пациент лежит в кресле с подлокотниками.

В какой-то из этих поз проделывает пациент специальные упражнения, создающие «переключение», и следующим образом выходит в бодрую жизнь: не торопясь сжать кулаки, три раза согнуть и разогнуть руки в локтях, сделать глубокий вдох и в самом конце резкого освежающего выдоха одновременно открыть глаза и кулаки. При бронхиальной астме, болезнях органов брюшной полости и бессоннице тренироваться следует лежа. При бессоннице не нужен и резкий выход, так как «переключение» переходит в естественный сон. Но во всех других случаях непременно надо научиться тренироваться сидя: у натренированного в позе «сидя» легко пойдет дело в позе «лежа» и «полулежа», но не наоборот. А неприятные события или болезненный приступ часто случаются там, где некуда лечь.

Когда пациент принял позу и готов работать, врач предлагает ему повторять формулу: «Я совершенно спокоен». Это еще не упражнение, а как бы время от времени вспыхивающая «вывеска» над всеми упражнениями. Она «сопровождает как цель все упражнения» и выявляет не сотрудничающих с врачом «критикующих» пациентов, с которыми работать надобно иначе. Не мешает посоветовать пациенту заранее, чтобы он не твердил формулу судорожно (как бывает часто с педантами), а, пребывая в полной расслабленности и спокойной созерцательности, дал формуле естественный ход.

Хорошо бывает, как советует И. Шульц, представить себя, тренируясь, падающей камнем птицей с бесконечно расслабленными в падении мышцами для отдыха. Спокойно, без судорожных усилий, следует сосредоточиться и на всех других формулах. Нажимы мешают тут так же, как при учении плаванью.

Упражнений всего шесть. На отработку каждого уходит две недели.

Первым упражнением вызывается ощущение тяжести в руках и ногах. Формулы: «Правая рука совершенно тяжелая», потом «левая рука совершенно тяжелая» и «обе руки совершенно тяжелые»; то же — про ноги. Окончательная

формула: «руки и ноги совершенно тяжелые». Начинаем с той руки, которая работает больше (у левшей — левая). «Правая рука тяжелая» повторить слово в слово (как и все формулы) 5–6 раз и один раз — «я совершенно спокоен» (как «целеуказующий вдвиг»). Спокойно внушать себе тяжесть в руке «внутренней речью» (чаще всего) или, например, представлять, как отяжелевшую руку тянет вниз, или говорить себе вполголоса, стараясь ощутить тяжесть в руке. Отрешиться от всего прочего, думать лишь, что тяжелеет рука («душевная концентрация»); самой рукой ничего не делать, «только головная работа». Если самовнушения не «перекрывают» переживаний пациента, не стараться судорожно удерживать формулы. Во время упражнения врач, осторожно приподнимая руки пациента, сравнивает их по тяжести, ощупыванием оценивает расслабленность. Если дело идет хорошо, в формулу вставляется слово «совершенно» («совершенно тяжелая»). Подобным образом проделываются и остальные части этого упражнения. Первое упражнение в первый раз длится не дольше минуты и — «выход». Пациент тренируется самостоятельно 3 раза в день (при амбулаторном лечении). Лучше — утром перед работой, сразу после работы и вечером перед сном. Одна-две встречи с врачом в неделю. К концу второй недели продолжительность одной тренировки увеличивается до 4 минут. Упражнение отработано, когда ощущение тяжести возникает быстро и довольно отчетливо. Весьма помогает, если пациент для себя и для врача ведет протоколы тренировок. К новому упражнению приступить следует только тогда, когда усвоено предыдущее.

Вторым упражнением вызывается ощущение тепла в руках и ногах. Формулы: «правая (левая) рука совершенно теплая», потом «руки совершенно теплые»; то же — про ноги. Окончательная формула: «руки и ноги совершенно тяжелые и теплые». Пациент повторяет формулы второго упражнения, сохраняя тяжесть рук и ног первого упражнения, т. е. надстраивает каждое новое упражнение на предыдущее. Начинается второе упражнение подобно первому формулой «правая рука теплая». Повторить ее 5–6 раз и один раз сказать «я совершенно спокоен». Тут помогает представить себе образно расширяющиеся сосуды руки и как набрякают руки, наливаясь теплой кровью.

Третье упражнение — привести в норму и «подчеркнуть» удары сердца. Формулы: «сердце бьется сильно и ровно (5–6 раз) и один раз — «я совершенно спокоен». Хорошо представить себе при этом тихую радость по какой-то причине. Если пациент, как многие, не ощущает своих сердцебиений, положить перед тренировкой его правую руку удобно с помо-

щью подушки на область сердца. Упражнение отработано, когда возможно произвольно учащать или урежать сердечные удары.

После третьего упражнения (через 6 недель тренировок), если дела хороши, для углубления самоуспокоения время тренировки увеличивается до 15 минут.

Четвертым упражнением приводится в порядок дыхание. Формулы: «дышу совершенно спокойно» (5–6 раз) и один раз — «я совершенно, спокоен».

Пятым упражнением вызывается ощущение тепла в эпигастральной области. Формулы: «солнечное сплетение излучает тепло» (5–6 раз) и один раз — «я совершенно спокоен». Пациент должен знать, что солнечное (чревное) нервное симпатическое сплетение располагается на внутренних органах брюшной полости и сосудистых ветвях брюшной аорты, иннервируя все это.

Шестым упражнением вызывается ощущение прохлады лба. Формулы: «лоб приятно прохладен» (5–6 раз) и один раз — «я совершенно спокоен». Это предохраняет от неприятных приливов крови к голове. Проделывать осторожно, остерегаясь головокружений, головной боли.

Врач встречается с пациентами в амбулатории (2 раза в неделю) — проверить достигнутое, разъяснить, помочь приступить к новому. Три занятия ежедневно самостоятельно. Требуется примерно 12 недель, чтобы овладеть всеми шестью упражнениями. До этого запрещается направленное против болезненных расстройств самовнушение, дабы не компрометировать метод. Кроме того, следует предупредить пациента, что значительного лечебного эффекта до́лжно ожидать чаще всего лишь после многомесячных «домашних» тренировок.

Стационарный курс лечения: 3 дня на каждое из 6 упражнений (занятия по 15–20 минут, один раз в день с врачом и 3 раза самостоятельно).

Чтобы наглядней дать прочувствовать пациенту, к чему следует стремиться в тренировке, И. Шульц рекомендует преподать ему предварительные опыты.

1. Показать, как связано напряжение мышц с возбуждением их и расслабление с покоем: произвольно дрожащая поднятая рука всегда тверда от напряженной мускулатуры; опустить руку свободно вниз — и дрожать она не сможет: расслаблена.

2. Показать, как влияет на мышцы рук сосредоточенное мышление: опереться локтями на стол, прижать между кончиками указательных пальцев нитку в 30 см с кольцом на конце (маятник). Маятник будет выполнять те движения,

которые мы, сосредоточившись, представим себе. Подобно этому к отяжелению руки приведет сосредоточение на представлении: «правая рука тяжела».

Итак, шесть упражнений И. Шульца — это как бы шесть «рычагов», умело нажав на которые под руководством врача, пациент вызывает у себя «переключение»*. С каждым упражнением все более увеличивается сосредоточенность на ощущениях тяжести, теплоты и т. д., что усиливает отрешенность от внешнего мира, житейских переживаний (по павловскому закону взаимной индукции). В таком состоянии возможно самовнушением значительно ослабить (или устранить) больное и усилить здоровое. «Переключение», таким образом, есть «ослабление напряжения через самососредоточение» («концентративное саморасслабление»: сконцентрировавшись на внутренних ощущениях, расслабиться вокруг этого напряжения физически и душевно). И. Шульц, определяя физиологически «переключение» как «понижение биотонуса при сохранном сознании», по существу, не дает современной физиологической характеристики этого состояния, невозможной без павловских представлений. Однако врачебным внимательным вчувствованием в своих пациентов он создает довольно выразительную и тонкую психологическую (субъективную) картину «переключения»: «растворение в чем-то», «монотонность», «одухотворение тела», «чувство отдачи своему телу», «опускание в глубину», «повороты вовнутрь». Д. Мюллер-Хегеманн толкует это состояние физиологически как «падение активности коры» при отсутствии внешних раздражений, уменьшении мышления сосредоточенностью на формулах тренировки. По причине значительного торможения коры повторяемые формулы становятся эффективными самовнушениями. Д. Мюллер-Хегеманн отмечает, что И. Шульц, не упомянувший в своих книгах кору больших полушарий, подтверждает косвенно ее большое значение, рекомендуя начинать с руки, «которая интенсивнее разработалась и развилась постоянным пользованием ею» (у правшей — правая) и разрешая начинать сразу двумя руками людям, профессия которых разрабатывает руки одинаково (например, машинистки): иначе как анатомией и физиологией мозговой коры, объяснить это невозможно. В «переключении» внутренне сосредоточенный пациент приступает к направленным против определенных болезненных расстройств самовнушениям и «самозаданиям», которые ни в коем случае не должны вызывать психическую

* Для углубления «переключения» И. Шульц предлагает пациентам повернуть глазные яблоки внутрь и вверх.

борьбу, напряженность, в крайнем случае безразличие. Если пациент борется, например, с курением: «папиросы совершенно безразличны». Или: «Спиртное безразлично, смогу пройти мимо пивной»*. Между прочим, к вопросу о механизме такой лечебной помощи: многие люди издревле, сосредоточившись внутренне перед сном, назначали себе час, когда проснуться, и самозадание выполнялось. Короче говоря, специальными упражнениями, вызывающими чувство тяжести, тепла, покоя, отрешенности от внешнего мира и собственных переживаний, действующими на дыхательную и сердечную работу, достигается **особое состояние («переключение»), думается, весьма близкое к первой стадии гипнотического сна (сомноленция)**, в котором проводится уже направленное против определенных болезненных расстройств самовнушение.

От ***внушения в гипнотическом сне*** АТ отличается тем, что внушение проводит сам пациент (самовнушение), и тем, что «переключение», в котором проводится самовнушение, лишь близко к первой стадии гипнотического сна и отличается от нее активной сосредоточенностью пациента на своих ощущениях и формулах (т. е. тут «остров» возбуждения в «море» заторможенной коры загружен самостоятельной активной работой, а не просто «сторожевой пункт», пропускающий лишь слова врача, как при внушении в гипнозе). Врач тут не гипнотизер, а направляющий пациента консультант. В отличие от ***самовнушения в самогипнозе***, которое проводили себе, например, пациенты О. Фохта, так же, как от внушения в гипнозе, АТ требует от пациента «пропитанности» занятий пониманием дела (рациональный момент). В отличие от ***куэизма*** (самовнушение по Э. Куэ) при АТ пациент проводит самовнушение не в бодрствующем состоянии, а в близком к первой стадии гипнотического сна «переключении».

После нескольcкомесячных тренировок «переключение» («аутогенетическое погружение») возникает значительно быстрее, формулы можно сократить: «спокойствие — отяжеление — теплота — дыхание — сердце — солнечное сплетение теплое — лоб прохладен». Кстати, и гипнотический сон (I–II стадия) после многих сеансов наступает быстрее.

Описанное составляет первую («низшую») ступень АТ И. Шульца. Вторая («высшая») ступень есть, как полагает И. Шульц, продолжение «низшей», она помогает пациенту

* Содержания этих самовнушений и самозаданий при различных заболеваниях коснемся в разделе «Показания к АТ».

управлять в основном душевными переживаниями (не вегетатикой), помогает обрести душевное самообладание. Приступать к ней следует не ранее, чем через полгода занятий «низшей» ступенью. Погрузившись в «переключение» шестью упражнениями, пациент учится сперва отчетливо представлять «перед внутренним взором» какой-нибудь цвет. Различные цвета, как известно, вызывают различные эмоции (например, белый, цвет солнца — цвет здоровья, бодрости, красный — цвет деятельности). Затем пациент учится ясно представлять разные предметы. Потом пытается «увидеть» абстрактности (красота, счастье и т. п.). Все это способствует спонтанному возникновению целого калейдоскопа ярких, эмоциональных представлений-ассоциаций, прямо или символически отражающих драму пациента, позволяющих ему «уловить» непонятное раньше, прозреть (ясный привкус психоанализа). Потом пациент воображает сцену, которая возбудила бы в нем самое желанное чувство. Наконец, «конкретно пластически» представляет человека, какого-то героя душевной драмы, пытается ясно осознать свое отношение к нему, — наступает душевное самоочищение, отреагирование, а стало быть успокоение, возникновение уверенности в своих силах. Пациенты, наклонные к сомнамбулизму, могут впасть из этого состояния в сомнамбулизм и тогда не могут управлять собой, да и врач нередко теряет в этом случае контроль над пациентом. Некоторые отечественные и зарубежные психотерапевты (например, А.М. Свядощ и А.С. Ромэн, Д. Мюллер-Хегеманн) считают, что все или почти все лечебное действие АТ принадлежит «низшей» ступени. Далее мы, однако, расскажем о весьма ценных, с нашей точки зрения, материалистических (непсихоаналитических) элементах «высшей» ступени, предложенных ленинградским психотерапевтом Г.С. Беляевым.

Показания к АТ — почти все случаи, где требуется научить истощаемого пациента быстро восстанавливать работоспособность, уменьшать (снимать) непсихотическое душевное напряжение, функциональные (или с функциональными компонентами) расстройства вегетативных органов, где надо помочь пациенту научиться владеть собой.

1. *Бессонница.* Тренировка лежа. Направленное против болезненного расстройства самовнушение: «Не думаю о сне, мне удобно и покойно, безразлично — засну или нет, хорошо так лежать». Без «выхода» «переключение» переходит в естественный сон.

2. *Астеническое состояние.* Пребывать в «аутогенетическом погружении» 10–20 минут. Самовнушение: «Отдохнула каждая клетка тела, набрался сил, бодрости».

3. *Дисфорические состояния у эпилептоидных психопатов, травматиков.*

4. *Абстинентный синдром у алкоголиков и наркоманов.*

5. *Вазомоторные головные боли*. «Обрастает» различными самовнушениями, сообразно характеру болей, и усиливается формула: «Лоб приятно прохладен». Иногда, наоборот, помогает внушение тепла в голове.

6. *Неврозы.* Например, при навязчивостях самозадание: «Не обращаю на них внимания, наплевать на них». При функциональных расстройствах внутренних органов (так называемые «неврозы органов») усиливать сообразное органу упражнение (например, усилить третье упражнение при сердцебиении) и направить на симптом специальное самовнушение.

7. *Гипертоническая болезнь*. Самозадание: «Спокоен в любой обстановке». Усиливать кровообращение в конечностях.

8. *Стенокардия, тахикардия*. Усиливать тепло в левой руке, что рефлекторно расширяет венечные сосуды.

9. *Бронхиальная астма*. Тренироваться лежа, при открытых окнах. Особенно расслабляться во время свободного выдоха. «Лоб прохладен, лицо до кадыка прохладно. Трахея, бронхи теплеют, расширяются. Дышится свободно».

10. *Болезни органов брюшной полости* (колиты, спазмы тонкого кишечника, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). Тренировка лежа. Усиливается на фоне прочих пятое упражнение («солнечное сплетение излучает тепло»). Направленными в брюшную полость самовнушениями брюшная полость глубоко прогревается и, расслабляясь, отдыхает*.

11. *Облитерирующий эндартериит*. Самовнушение: «Сосуды в ногах расширяются, ноги теплеют».

12. *Ночной энурез*. Самовнушение чувства тепла (холода) в нижней части живота. Самозадание: «Смогу проснуться в такой-то час, когда нужно».

Кроме того, применяется АТ при лечении заикания, сексуальных расстройств, нейродермитов, некоторых расстройств обмена веществ, для обезболивания родов, устранения или смягчения пред- и послеоперационных волнений.

* Следует особенно подчеркнуть, что при заболеваниях внутренних органов во избежание серьезных осложнений с пациентом должен заниматься только психотерапевт-*терапевт*. Нельзя забывать, что боль (например, сердечная) — сигнал опасности, который не всегда следует психотерапевтически уменьшать.

В занятиях АТ с пациентами нередко возникают **затруднения**.

1. У мускулистых, а также «подозрительных» и тормозимых субъектов, как отмечает Д. Мюллер-Хегеманн, нередко упорно не получается отяжеление. Д. Мюллер-Хегеманн удачно рекомендует тут успокаивающе поглаживать руку пациента, чтоб расслабилась, или внушать в начале тренировки формулы извне, как при гипносуггестии. Бывает, не получается отяжеление, когда недоверчивый пациент и не старается ощутить тяжесть в руке. Тут подробней, глубже надобно разъяснить ему дело, дать отсрочку.

2. Некоторым пациентам, что также заметил Д. Мюллер-Хегеманн, трудно сосредоточиться в сеансе, удержать в голове формулы, так как «лезут» навязчивые мысли. Тут помогает самовнушение: «Мысли, образы проходят мимо сами собой, не мешают, успокаиваюсь».

3. Пациентам, у которых в начале тренировки появляется беспокойство сердца, болезненные ощущения в теле и другие ощущения, которые до сеанса не доходили до порога сознания, Д. Мюллер-Хегеманн рекомендует седативные препараты (валериану, бром) и гипнотерапию в первые недели тренировки.

4. Бывает, пациент, тренируясь, засыпает. В таком случае к «Я совершенно спокоен» следует прибавить: «Но не засыпаю».

5. Не идет дело, как правило, у больных шизофренией по причине, например, отсутствия должного сотрудничества с врачом. Это, кстати, помогает уточнить диагноз шизофрении, что отмечали многие исследователи.

Осложнения АТ

1. Пациент сонлив после тренировки, если вяло «вышел». Научиться резко выходить.

2. Психосенсорные расстройства (чаще расстройства схемы тела). При упорстве их — прекратить тренировки.

3. АТ, по данным многих авторов, может обострить тлеющий психотический процесс. Так, К.И. Мировский и А.И. Шогам отмечают, что «при некоторых скрытых неврозоподобных формах шизофрении во время самопогружения возникают сенестопатии с деперсонализацией и бредовой интерпретацией ощущений».

4. Сомнамбулизм.

5. Понижение кровяного давления.

Противопоказания к АТ

1. Выраженная артериальная гипотония (70/40 мм ртутного столба и ниже). Впрочем, модификация АТ

К.И. Мировского и А.Н. Шогама, о которой расскажем ниже, специально применяется для лечения гипотонии.

2. Тяжелое, опасное соматическое неблагополучие после инсульта, инфаркта миокарда и т. д. Д. Мюллер-Хегеманн считает противопоказанием и тяжелую форму грудной жабы.

3. Наклонность к сомнамбулизму («лунатизм» — спонтанный сомнамбулизм; сомнамбулические реактивные состояния в прошлом, в зрелом возрасте; упорное «впадание» в сомнамбулизм на сеансах АТ).

4. Истерические психопаты. Г.С. Беляев наблюдал у истерических и эпилептоидных психопатов любование своим состоянием, мешающее сотрудничеству с врачом. А.М. Свядощ и А.С. Ромэн отмечают, что «истерики внутренне сопротивляются лечению».

5. Истерические невротические расстройства. Могут обостряться АТ. О весьма низкой эффективности АТ при истерии замечают Х. Клейнзорге и Г. Клюмбиес, Д. Мюллер-Хегеманн, К.И. Мировский и А.Н. Шогам.

6. Психозы. При параноидных состояниях, например, АТ может дать бреду новое содержание.

7. Дети до 12 лет. Нет еще «достаточной степени умственного развития».

8. Острые душевные переживания, острое невротическое состояние, острый приступ, например бронхиальной астмы, мигрени.

Модификации АТ

1. Модификация АТ, предложенная Д. Мюллер-Хегеманном (1957, ГДР*).

К шести упражнениям И. Шульца прибавлено несколько собственных. Помогая больным с мигренью, автор наблюдал у них судорожные сокращения лицевых мускулов перед приступом и во время приступа. Он советовал больным при первых признаках нового приступа мигрени начать тренировку, в которую ввел упражнение: «Лицевые мышцы совершенно расслаблены» — перед «Лоб приятно прохладен». Призывал особенно сосредоточиться на этом упражнении и получал значительный лечебный эффект. Расслабление мышц лица настолько способствовало погружению в «переключение», что автор рекомендовал применять его для всех пациентов (не только с мигренью). Специальную тренировку мускулов лица, по Д. Мюллер-Хегеманну, оправдывает и объясняет то, что в мозговой коре лицо (особенно язык),

* ГДР — Германская Демократическая Республика.

как и рука (особенно кисть, большой палец), занимает гораздо большие поля, нежели бедро, плечи, все туловище (таблица Пенфилда и Болдри). Потому автор ввел и другие упражнения: после «Обе руки совершенно тяжелые» — «Обе кисти рук совершенно тяжелые», после «Лицевые мышцы совершенно расслаблены» — «Челюсть отвисает свободно вниз», «Язык совершенно тяжелый». Рекомендует автор прибавить всем пациентам и упражнение: «Пусть к сердцу струится тепло» — как успокаивающее сердце.

Трудно пришлось Д. Мюллеру-Хегеманну с некоторыми «городскими», сомневающимися, размышляющими пациентами. Конечно, всякому практическому психотерапевту приходилось встречать больных, которые, получив формулу: «Я совершенно спокоен», обдумывают ее: «А почему, отчего, собственно говоря, должен я сейчас быть совершенно спокоен?» В результате в коре вместо заторможенности — «пляска» торможения и возбуждения. Дело пошло тут значительно лучше, когда Д. Мюллер-Хегеманн изменил формулы словом «пусть» (например, вместо «Я совершенно спокоен» — «Пусть все успокоится»).

2. Модификация АТ, предложенная Х. Клейнзорге и Г. Клюмбиесом (1962, ГДР).

Авторы предложили облегченную модификацию АТ, доступную «каждому взрослому человеку» независимо от умственного развития. Врач тут сам говорит формулы (кстати, весьма многословные, подробные), например, глубоким «отеческим» голосом, а пациент повторяет про себя его слова. Даже тренируясь дома, больной вспоминает голос врача и иногда включает пластинку с его голосом. Понятно, что этим авторы крепче, чем И. Шульц, «привязывают» пациента к врачу, весьма приближая такой вариант АТ к внушению в гипнозе (ведь и при гипносуггестивной терапии пациенты нередко, с пользой для себя, мысленно повторяют слова врача). Во всяком случае, под отработанным, внушительным голосом психотерапевта труднее продумывать и осмысливать формулы. Тут три класса тренировки.

В *первом* классе рассказывают пациенту смысл тренировки и научают исходному положению. Усвоив то и другое, пациент переходит во *второй* класс, где отрабатывает «упражнения, направленные на ощущение общего покоя, тяжести и тепла». При общих неврозах, как полагают авторы, достаточно занятий во втором классе. Пациенты с функциональными нарушениями органов для «направленной органотренировки» переводятся в *третий* класс, разбитый на группы: «Голова» (вазомоторные головные боли, ослабление внимания), «Сердце» (стенокардия, тахикардия, экстрасис-

толы), «Живот» (спастический запор, дискинезии желчных путей, спазмы тонкого кишечника, слизистый и язвенный колит), «Сосуды» (расстройства периферического кровообращения, гипертоническая болезнь), «Легкие» (бронхиальная астма, психогенные нарушения дыхания), «Покой» (нарушения сна). Так, в группе «Голова» в саморасслаблении, вызванном упражнениями второго класса, проводится специальная «тренировка головы». Пример: «Голова легкая, она свободна от тяжелых мыслей. Лоб приятно прохладен. Я чувствую, что мою голову окружает прохлада. Все тело свободно, расслаблено и спокойно. Голова становится ясной, светлой и свободной. Моя голова свежая, как горный родник. Ясная, как кристалл. Она могла бы сосредоточиться на любой мысли. Голова ясная, свежая и расслабленная».

3. Модификация АТ, предложенная А.М. Свядощем и А.С. Ромэном (1963, Караганда).

Авторы понимают свой вариант АТ как самовнушение в самогипнозе (до каталептического моста). Видимо, отчасти и этим объясняется то, что их пациентам удавалось произвольно повысить температуру кожи кисти даже на 4°С, понизить на 2°С, ускорить сердцебиение с 68 до 144 ударов в 1 минуту. Практическое дополнение А. С. Ромэна: предлагается специальным «подготовительным упражнением» расслабить мышцы тела: «сжать пальцы рук (ног), напрячь мышцы и затем настойчиво думая: “Мышцы кистей (стоп), всего тела расслаблены”, свободно расслабить руки (ноги) и сделать ими несколько раз потряхивающие движения». А. С. Ромэн предлагает также вызывать ощущение тепла в грудной клетке («Грудь теплая») перед третьим упражнением (ритм сердца), дабы избежать неприятных ощущений в области сердца.

4. Модификация АТ, предложенная К.И. Мировским и А.Н. Шогамом — «астено-гипотоническая группа» (1963, Харьков).

Авторы предлагают называть АТ «психотонической тренировкой», поскольку видят ее существо во «взаимодействии сигнальных систем мозга с динамогенными аппаратами коры и мозгового ствола с изменением общего тонуса и регуляции ритма работы внутренних органов». Их интересная модификация АТ (вариант модификации АТ, предложенной Х. Клейнзорге и Г. Клюмбиесом) переводит гипотонию из противопоказаний в показания, то есть рекомендуется для лечения гипотоников. В формулы включаются слова, обозначающие «ощущения, возникающие при действии катехоламинов (ощущение озноба, «гусиной кожи», холода и т. п.), что ведет к повышению симпатического тонуса». Гипотони-

ки начинают тренироваться сразу в «астено-гипотонической» группе, так как им противопоказана общая тренировка. Больным объясняют, что в конце сеанса после команды «Внимание!» они должны почувствовать, как по телу «прокатится» ощущение легкого приятного озноба, чувство «ползания мурашек», вмиг напрягутся мышцы всего тела, появится ощущение освежающего толчка». Расслабление, самопогружение — лишь «подготовительный фон лечения», «главное — это толчкообразный выход из состояния самопогружения». После команды «Встать!» резко встать, выбросив обе руки вверх, сделать глубокий вдох и выдох. Текст тренировки: «Я совершенно спокоен. Все мое тело расслаблено и спокойно. Ничто не отвлекает. Все безразлично мне. Я чувствую внутреннее успокоение. Плечи и спину обдает легкое познабливание, будто приятный освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. По телу «пробегают мурашки». Я как сжатая пружина. Все готово к броску. Весь напряжен. Внимание! (нарастание готовности к восприятию «толчка»). Встать! Толчок!»

5. Модификация АТ, предложенная М. С. Лебединским и Т. Л. Бортник (1965, Москва).

Это «сокращенный вариант АТ», приспособленный для стационара (пограничные состояния): месяц вместо трех. Срок лечения уменьшается за счет удлинения каждого сеанса до 30 минут в начале лечения (потом длительность сеанса снижается до 15 минут: «нарастающее проторение путей саморегуляции»). Каждое упражнение усваивается в 3 дня (6 упражнений — в 18—20 дней). Потом 10—12 дней — тренировка с применением всех отработанных формул. Больной занимается ежедневно один раз с врачом и два раза сам — утром, проснувшись, и перед сном, представляя себе образно врача, повторяя про себя интонации его голоса. Выписавшись из стационара, больные тренируются ежедневно 2—3 месяца, один раз в 1—2 недели приходят к врачу для подкрепляющего сеанса. Срок лечения уменьшается, как считают авторы, еще и расширением формул. Например, формула мышечной релаксации: «Я чувствую тяжесть в правой руке. В плече, предплечье, пальцах. До самых кончиков пальцев правой руки чувствую тяжесть». Возникновению ощущения тепла в области солнечного сплетения авторы способствуют «формулой о проглатывании слюны и ощущении разливающегося тепла в области пищевода и желудка». Уменьшается тут срок лечения и тем, что авторы еще более, чем Х. Клейнзорге и Г. Клюмбиес, усиливают гетеросуггестивный момент АТ, подчеркивая, правда, что не превращают релаксацию в гипнотическое состояние. Больные повторяют

про себя формулы, которые врач произносит несколько раз. Наконец, перед началом работы с каждой формулой и при переходе от одной формулы к другой звучит «расширенная формула спокойствия»: «Я спокоен. Я совершенно спокоен. Спокойно и ритмично дыхание. Ритмичен пульс. Сердце бьется ровно и спокойно». Этой формулой, как считают авторы, усиливается мышечная и сосудистая релаксация. Кроме того, формула уже в самом начале лечения вооружает больного для самостоятельного, без общего расслабления, преодоления страхов и других душевных напряжений при выполнении индивидуальных заданий, данных больному (например, поехать туда-то). Этот вариант АТ, как указывается, дает положительные результаты даже при истерии, поскольку такие короткие сроки для истериков не утомительны.

6. Модификация АТ, предложенная И.М. Перекрестовым (1966, Харьков),— «нейрососудистая тренировка». Предназначена для больных функциональными и органическими заболеваниями мозга. Также сокращенный вариант (3 недели). Расширены формулы, усилен гетеросуггестивный момент: больные местами шепотом повторяют слова врача, стремясь прочувствовать их «всем своим телом», а местами не повторяют вовсе. Три первых упражнения И. Шульца соединены в одно «подготовительное упражнение», в котором главное усилие делается на расширение сосудов: «Я совершенно спокоен. Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха. Все мое тело приятно отдыхает. Я чувствую приятную тяжесть в правой руке. Кровеносные сосуды правой руки расширились. Горячая здоровая кровь согрела мою правую руку. Я чувствую приятное тепло в правой руке. Аутогенная тренировка укрепляет мою нервную систему, ускоряет мое полное выздоровление». Больные тренируются ежедневно один раз с врачом и два раза самостоятельно. За 5—7 дней, как установил автор с помощью электротермометра, у большинства пациентов вырабатывается сосудорасширительный рефлекс. Тогда, усвоив свою власть над сосудами, они переводятся в «лечебные группы» («цефалгическая», «кардиальная», «диэнцефальная», «неврастеническая»), где направленно учатся расширять сосуды головного мозга, сердца и других внутренних органов. Например, пациент в «цефалгической группе» повторяет за врачом шепотом: «Усилием своей воли я могу расширить сосуды в правой руке. Я могу это сделать в любом органе, нуждающемся в лечении. Кровеносные сосуды головного мозга немного расширились, здоровая кровь свободно струится по сосудам мозга. Нервные клеточки получили лучшее питание. Исчезло напряжение сосудов. Исчезли все болевые

неприятные ощущения. Я чувствую приятную ясность, легкость в голове. Кожу моего лба овевает приятная прохлада».

7. Модификация АТ, предложенная Г.С. Беляевым (1966, Ленинград).

Автор отказывается от формулы самоуспокоения. Пациент успокаивается незаметно для себя ритмичным дыханием (дыхательная гимнастика), которое предшествует упражнениям И. Шульца и кратко заключает их перед «выходом». Потому автор отказывается и от позы «кучера» (активные дыхательные упражнения делают неудобной «позу кучера»). «Аутогенетическому погружению и полному расслаблению мимической и жевательной мускулатуры с их богатым кортикальным представительством» весьма способствует «лицо релаксации»: «опустить веки, свести взор вниз и внутрь, язык мягко приложить к верхним зубам изнутри (фонема «Д»), нижнюю челюсть слегка опустить и выпятить (фонема «Ы»)». В поддерживающие сеансы АТ автор включает «элементы второй ступени, понимаемой как сумма приемов, тренирующих личность больного». Однако в отличие от И. Шульца, автор стремится не к психоаналитическому самоочищению, а конкретно обучает пациентов владеть эмоциями, моделировать настроение, тренировать внимание. Предлагается, например, два приема, цель которых — помочь сделать хорошее настроение.

1) Пациенту в «аутогенетическом погружении» врач называет предмет определенного цвета: небо (голубое), апельсин (оранжевый), лист (зеленый), песок (желтый) и т. п. Пациент мысленно повторяет это слово, не вдумываясь в него, и в воображении возникает зрительный цветной образ. Тогда следует подсказать пациенту цепочку ассоциаций по цвету («лист — зеленый цвет — лес, пронизанный ярким солнцем» или «песок — желтый цвет — солнечный пляж» и т. п.). Важно, чтобы положительные эмоции, связанные с картиной, возникали самостоятельно, без подсказки.

2) Также в «аутогенетическом погружении» пациент внушает себе хорошее настроение («умиротворенный покой», «деловитая собранность», «радостное ожидание», «уверенность в себе» и т. п.), представляя какую-нибудь сценку со «строго заданным эмоциональным фоном».

Вместе с Н.В. Ивановым мы понимаем АТ «не как особое самостоятельное направление в психотерапии, а как подсобный метод, который может быть включен в систему комплексной психотерапии».

Поощряя свободное творчество врача в занятиях АТ с больными, хотим подчеркнуть, что любой вариант АТ дол-

жен все же содержать в себе основные моменты, благодаря которым АТ считается оригинальным методом, то есть должен представлять собой самовнушение (аутосуггестивный момент) с элементами внушения (гетеросуггестивный момент) в состоянии, близком к первой стадии гипнотического сна (сомноленция), «пропитанное» ясным, подробным пониманием дела пациентом (рациональный, разъяснительный момент).

АТ, как все психотерапевтические методы, предполагает, естественно, изучение личности пациента, логики его душевного склада, без чего превращается в механическое ремесло.

О прогрессирующей мышечной релаксации* Э. Джекобсона. Американский физиолог и терапевт Эдмунд Джекобсон (E. Jacobson), словами И. Шульца, — единственный исследователь, самостоятельно создавший лечебный метод, подобный АТ. Удивительно, что оба исследователя начали эти свои опыты в один год (1908). Э. Джекобсон заметил еще очень молодым врачом, что «висцеральные напряжения» (например, колики) рефлекторно напрягают скелетные мышцы, а расслабление скелетных мышц способствует висцеральному расслаблению. У невротика в остром состоянии напряжена скелетная мускулатура, она расслабляется с душевным успокоением. И, наоборот, расслабляя мускулатуру, невротик чувствует себя спокойнее. «Отдых полезен при лечении всех болезней, — замечает Э. Джекобсон,— природа требует его, а врач часто не назначает». Э. Джекобсон стал «культивировать» мышечный отдых. Его пациенты начали прислушиваться к своим ощущениям от мышечных сокращений, сосредоточиваться на них, чтобы умело их расслабить и таким образом уменьшить висцеральные напряжения, ипохондрические ощущения, тревогу и т. д. Этот метод успокоения нервной системы через расслабление «мышечных напряжений» автор рекомендовал хирургам, терапевтам, невропатологам, ежедневно сталкивающимся с «напряженным» больным, с «раздраженной толстой кишкой», с артериальной гипертензией. Методика, как полагает автор, отнюдь не благоприятствует болезненным ипохондрическим фиксациям на ощущениях от мышечных сокращений. «Прогрессирующая релаксация» как «интенсивная форма отдыха» не подбадривает ипохондрика, а перевоспитывает его, тренируя (вместо того, чтобы жаловаться на свои «беды») искать «мышечные напряжения» и расслаб-

* Релаксация (лат. *relaxatio*) — расслабление, уменьшение напряжения.

ляться, дабы расслабиться душевно, успокоиться, ослабить ипохондрические ощущения. Проприоцептивиые импульсы от мышечных сокращений Э. Джекобсон считает очень важными элементами «потока сознания»: когда количество их уменьшается по мере нарастания мышечного расслабления (нарастающее расслабление — прогрессирующая релаксация), спадает и душевное напряжение. В первую фазу лечения пациент учится в процессе специальных мышечных упражнений фиксироваться на ощущениях от сокращений различных групп мышц, одной за другой, по порядку, и расслаблять эти мышцы. От кисти — к лицу, груди, животу, стопе (16 групп мышц). Например, лежа на спине, несколько раз сгибает и разгибает руку в локтевом суставе, прислушиваясь к ощущениям мышечного напряжения и ощущениям полного отсутствия напряжения. Учится он расслаблять мышцы и без предварительного напряжения. Во вторую фазу обучается «дифференцированной релаксации» среди различных своих житейских дел (за письменным столом, на лекции и т. д.). Следит за напряжением различных групп мышц при различных эмоциях и затем, чтоб от нежелательных эмоций освободиться, расслабляет эти мышцы.

«Прогрессирующая релаксация» может применяться так же широко, как диетотерапия, но «требует от врача времени, тщательности и терпения», гораздо сложнее АТ (курс лечения длится около года).

2.7. О дифференциально-диагностической ценности аутогенной тренировки (1973) [8)]

Аутогенную тренировку (АТ), как известно, во многих диагностически трудных случаях следует призвать на помощь. Отметим здесь несколько выразительных моментов, которые, возможно, помогут врачу колеблющемуся по поводу своего пациента между психастенией и шизофренией, встать на более твердую диагностическую почву или, во всяком случае, приобрести еще одно основание «за» или «против». Наш материал — 25 случаев. Приемы АТ близки к классическому методу И.Г. Шульца (Бурно М., 1971).

Психастеноподобные шизофреники, внешне похожие на психастеников стеснительностью, нерешительностью, боязнью обидеть кого-либо, душевной мягкостью, склонностью к сомнениям, самоанализу (на первых порах бывает весьма трудно разглядеть во всем этом личностном шизофреническую структуру) и еще многими личностными деталями, как и психастеники, в борьбе с недугом, тянутся нередко к АТ,

йоге, физическим упражнениям. Трудно бывает диагностически «ухватиться» сразу, например, и за шизофреническую апатию — изначальную в отличие от апатии психастенической на высоте усталости и разочарования. Оба пациента отличаются ранимостью и внутренней капризной требовательностью, доверяя лишь врачу, способному подробно и тонко понять их переживания. Потому, по крайней мере в первые встречи, говорить с ними лучше поменьше и с большой осторожностью. Когда такой диагностически неясный пациент просит АТ, то как раз вот удобный момент окольным путем (*ex juvantibus*) углубиться в диагностику. В том и другом случае занятия АТ идут трудно, медленно, в том и другом случае АТ может основательно помочь и совсем не помочь (чаще), но картина удач и неудач тут и там — совершенно особенная.

Психастенику, например, трудно расслабиться в позе кучера чаще всего оттого, что постоянно отвлекается мыслями о своем. Это основательно мешает ему и дальше (чуть отвлекся — пропала тяжесть; мелькнуло в голове: «вдруг пропадет тепло в солнечном сплетении» — и пропало). Измучившись, делает он «судорожные нажимы» на формулы упражнения — и еще хуже. И.Г. Шульц (Schultz, 1960, s. 23) предупреждает, что судорожно держаться за формулу упражнения нельзя, надо ей дать естественный ход и показывает, как можно помочь себе расслабиться, вспоминая поэтические слова Р. Рильке: «Он должен, уподобясь птицам, что камнем падают из стай, своею тяжестью упиться, покой бескрайний телу дать» (пер. Е.И. Бурно). Подобный прием нередко «спасает» психастеника. С интересом узнав, что птица в своем падении камнем вниз бессознательно, природно мгновенно отдыхает, максимально расслабившись, чтобы в следующее мгновенье, посвежев, догнать стаю, психастеник нередко научается в позе кучера представлять себя падающей камнем птицей (птицей, но не человеком) и тем расслабляется с приятным чувством. Но случись вспомнить психастенику в занятиях АТ, как когда-то смотрел с высокого балкона вниз и боялся упасть, как стоял на скале у пропасти — и представится сразу, как отвалился балкон, кусок скалы, на котором стоял, и вот он уже падает, чтобы мучительно умереть. В таких случаях, если нет еще основательной натренированности, пациент сам знает, что продолжать данное занятие бесполезно, надобно отвлечься от страха живой жизнью.

Психастеноподобному шизофренику трудно расслабиться по другой причине: чаще — слишком сжато в груди от беспредметного страха, «сжатость» эта окружена и пропитана вялостью (это даже не вялость, не апатия, — уточняют па-

циенты, — а «будто часы перезаведены и поэтому стоят, будто вытекает энергия»). Пациенты обыкновенно справляются с этой «вялой сжатостью» самыми неожиданными для нас способами. Например, пациентка научилась, после долгих неудачных попыток, расслабляться, вспоминая, как по маленьким выступам и впадинам взбиралась на отвесную скалу снять на кинопленку орла, кормящего птенцов, и однажды нога сорвалась. «Страхующий» снизу мужчина, который ставил ее ноги во впадины, все равно не удержал бы, и полетела бы в пропасть. Пациентка пишет: «Я возвращаюсь к первому периоду АТ. Конечно, я тогда не знала, зачем я создала себе такую мучительную АТ. А теперь мне кажется, что я действовала как животное, которое находят по инстинкту траву от болезни. Главное, что во мне было, — страх. Страх болезни, страх одиночества, страх от каждого скрипа, просто так, без определенной боязни чего-нибудь. Во мне все сжато, скованно. Я не могу расслабиться для АТ. Теперь я представляю себе, что мои пальцы судорожно цепляются за трещину в скале. Все тело повисло над бездной. Руки онемели. Сейчас я сорвусь вниз. Страх нарастает. Мужской голос кричит снизу: “Отпусти руки. Падай, не бойся ничего”. Я отпускаю руки и падаю. Мышцы расслабляются. Теперь мне нужно только одно: преодолеть страх. Мне хочется сжаться, но я не позволяю себе. У меня сведены брови, но я их развожу. Это так, как если все тело охвачено острой болью. Хочется сжаться, но усилием воли можно расслабить каждую мышцу. Это я делаю. Так каждый день, три раза в день. Это вот что было — я вызывала на себя страх и справлялась с ним. Страх более сильный, самый концентрированный. Я проникалась им вся, и я его побеждала. И это было хорошо. Нужно». И тут, в «технических» разговорах по поводу тренировки, узнаем, между прочим, от такого пациента, что его, застенчивого, робкого, исключили в детстве из школы за организацию похода на крышу семиэтажного дома по пожарной лестнице (любит опасность). Тонул в море, но это не просто страх, «это борьба, и это чудесно». Пациентка заметит, что как-то «в горах машина пошла юзом к пропасти, мужчины стали выпрыгивать, а у меня чувство веселого азарта». Или: «Захлебывалась в акваланге подо льдом — это смертельно опасно, но опять это здорово». Все это, понятно, отнюдь не по-психастенически. Правда, и психастеник, как известно, нередко бывает в опасности храбр. Но механизм психастенической храбрости в бою, на экзамене и т. п. состоит в том, что от сильного страха защитно «немеет душа», а у психастеноподобного шизофреника страх, робость, трусость уживаются со сладостью опасности, не мешая друг

другу и представляя собой пример эмоционального расщепления («Попали в грозу на самолете. Боялись все, а мне и страшно, и весело. Таких вещей уйма»). Выходит. что сложение реального страха с больным дает здесь спокойствие или даже радость.

Другой существенный дифференциально-диагностический момент, который обнаруживается в занятиях АТ, состоит в том, что шизофренический пациент в отличие от психастеника, как правило, ищет в АТ не бодрости, не душевного успокоения, а оживления чувств. Например, пациентка-психолог сама приходит к такой лечебной формуле: «руки, ноги, все тело тяжелые и теплые, солнечное сплетение излучает тепло, все тихо; тихо-тихо, внутри меня, по позвоночнику ползет вверх в голову знакомая сила и заряжает ретикулярную формацию, электростанцию моих мыслей и чувств» (при этом создается «ясное ощущение, что заряжается ретикулярная формация»). Психастеник же, как правило, не получающий острого гастрономического удовольствия, например, от бифштекса, не стремится обострить, оживить свою чувственность ни в этом, ни в другом, он хочет нередко приглушить остроту самокопания и болезненную ранимость. Если же тянется шизофренический пациент в занятиях АТ к отдыху, то это особенный, непонятный и часто страшный психастенику отдых. Пациентка записывает в дневник: «Сначала я вызываю телесный покой: тяжесть и тепло. Когда это ощущение становится полным, я закрываю глаза. Я ощущаю на своем лбу руку человека. Он говорит мне: я знаю, что ты очень устала. Больше не надо ни за что бороться. Не надо ничему сопротивляться. Успокойся. Усни. Ты больше никогда не проснешься. Не будет ни вчера, ни завтра. Не надо жалеть о прошлом, не надо беспокоиться о будущем. И ничего не надо бояться. Тебе не страшно будет умереть. Ты просто заснешь. А я сниму руку с твоего лба, пока лоб не станет совсем холодным. У меня освобождалось дыхание. Я начинала дышать ровно и блаженно, как во сне. Я как-то заметила у себя мимику улыбки. Это была подлинная тихая радость». «Это (...) игра, но игра освобождающая от напряжения, позволяющая отдохнуть после слишком трудных для меня усилий двигаться, думать, жить хоть по какому-то минимуму».

Наконец, даже в первой беседе об АТ, пациенты себя ведут отчетливо по-разному: психастеник старается больше понять и записать, шизофреник же обычно не записывает, анатомией и физиологией мало интересуется, его особенно трогают тут моменты мистические в широком понимании: например, если психастеник, вызывая в руках тепло, пред-

ставляет, как расширяются сосуды рук, набрякают теплой кровью, то шизофреника тут нередко приятно завораживает «волшебная» связь между словами о тепле и чувством тепла.

Так в занятиях АТ вскрывается шизофреническая структура страха, робости, утомляемости и проч. Эта структура отличается прежде всего двойственностью, моментом расщепления без противоречия (нет борьбы между отщепленными противоположными друг другу элементами). Противоречивость психастеника понятна. Например, щепетильно опасаясь обидеть любимых, уважаемых им существ (людей и животных), он довольно легко «расправляется» с ненавистным ему. А психастеноподобный шизофреник, ненавидя пойманного клопа, наполненного его кровью, все же часто не в состоянии убить его и выбрасывает в форточку. Психастеник не склонен искреннее переживать за каждого несчастного. Но если у него возникает острая жалость к какому-то человеку или животному, то она обычно понятно объясняется глубоким проникновением в подробности беспомощности с перенесением на себя самого. Психастеническая мать, оставив маленького ребенка в хирургической больнице, рыдая, чувствует тоже понятную защитную душевную омертвелость. Тактичный, деликатный психастеник допускает порой вопиющую бестактность по рассеянности или из гиперкомпенсации. Противоречивость шизофренического пациента, как известно, сплошь и рядом непонятна здравому смыслу. «Страшно хочется личной жизни, но мертва как труп», — говорит пациентка. Или: «хочется хотеть» и т. п.



Глава 3

ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ — КЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРОЙ

3.1. О существе Терапии творческим самовыражением (Из «Докторского доклада», 1998)* [115)]

Терапия творческим самовыражением (ТТС) — клинико-психотерапевтический метод, предназначенный для лечения, прежде всего, психопатий и малопрогредиентной шизофрении — с дефензивными проявлениями. Клиническому термину «дефензивный» (от лат. *defensio* — оборона, защита) близки термины «психастеничность», «астеничность», «тормозимость» и т. п., также означающие пассивно-оборонительную противоположность агрессивности. По МКБ-10 указанные выше психопатические и шизофренические расстройства обозначаются как «специфические расстройства личности» — «шизоидное», «ананкастное (обсессивно-компульсивное)», «тревожное (уклоняющееся)», «истерическое», «зависимое», как «шизотипическое расстройство», «синдром деперсонализации-дереализации». Дефензивные болезненные расстройства (тягостное переживание своей неполноценности, измененности, вплоть до выраженных деперсонализационно-дереализационных расстройств), в отличие от агрессивных, гораздо чаще побуждают страдающих ими обращаться за помощью к психотерапевту. Это — широко распространенная в медицинской практике патология. Из всего потока пациентов с «пограничными» («бодерлиновыми»**) состояниями (в современном международном понимании эта «пограничность» охватывает «многообразные клинические феномены в поле между неврозом и психозом» [Вид В.Д., 1993, с. 32]), которых пришлось за 34 года работы лечить или только консультировать (3056 чел.), дефензивных оказалось 1632 (53%). Из них: де-

---

* Название своего метода пишу с прописной буквы, чтобы метод не принимался просто за лечение творчеством в житейском смысле, за обычную работу больничного культорга, за целебное развлечение и т. п.

** От англ. *border-line* — граница, пограничный. *Borderline patient* — пограничный пациент.

фензивно-психопатических — 698 (22,8%) и дефензивных малопрогредиентно-шизофренических — 934 (30,2%). Таким образом, примерно половина довольно тяжелых пациентов (не невротических, а именно «пограничных»), более или менее стремящихся к психотерапевту (приходили по своему желанию или были направлены врачами, психологами), оказались патологически-дефензивными. Для краткости будем пользоваться в таких случаях термином «дефензивный пациент». Известно, что лечение указанных многочисленных пациентов во всем мире мало разработано. Известно также из многих опытов, что основа лечения здесь — не лекарства (не методы биологического воздействия вообще), а трудоемкое квалифицированное психотерапевтическое вмешательство (Личко А.Е., 1985, 1989; Авруцкий Г.Я., Недува А.А, 1988; Tölle R., 1966; Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A., 1994). А.Б. Смулевич и Р.А. Наджаров (1983) отмечают, что больные малопрогредиентной шизофренией с «акцентуацией психастенических черт характера» особенно нуждаются в психотерапии. Известны приемы психотерапии дефензивных пациентов С.И. Консторума (1935, 1962), Л.И. Завилянской (1987): рациональные, активирующие, гипнотические, ободряющие, музыкально-поэтические, оптимистические. Не удалось, однако, найти в литературе описания каких-либо разработанных надежных, эффективных клинико-психотерапевтических методов *не только симптоматической* помощи погранично-бодерлиновым пациентам с дефензивными расстройствами. Ведущую роль в мировой психотерапии шизофрении в настоящее время играет современная психоаналитическая психотерапия, значительно отличающаяся от классического психоанализа. Все иные психотерапевтические методы (в том числе когнитивные и экзистенционально-гуманистические) расцениваются по отношению к ней как ограниченное дополнение (Вид В.Д., 1993; Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A., 1994). Однако и в психоаналитической психотерапии, основа терапии — интеллектуальный *анализ* (хотя и реальных, сегодняшних конфликтов-проблем). Современная психоаналитическая психотерапия, по-видимому, помогает известному количеству наших дефензивных малопрогредиентно-шизофренических пациентов. Автор убежден все же опытом своей психотерапевтической жизни, опытом наблюдений за работой коллег, что существует множество российских именно дефензивных пациентов с тревожно-реалистическим складом души, не склонных к символически-аналитическим построениям, но с серьезными скрытыми художественно-духовными резервами, получающих более или менее стойкое облегчение не столько от

анализа, сколько от изучения себя, других, от целебно-творческого оживления души, обретения целебного переживания своего творческого предназначения, когда на вопрос о смысле жизни отвечает прежде всего чувство. Все это слаженно и сложно работает в нашем методе. Элементы такого рода лечения в психологически-ориентированных формах звучали в групповой психотерапии больных шизофренией (в единстве с индивидуальной психотерапией, терапией занятостью, искусством) в Институте им. В.М. Бехтерева уже с начала 70-х годов (Кабанов М.М., 1978). В методических рекомендациях Минздрава СССР «Групповая психотерапия психически больных» (1983), составленных В.М. Воловиком, В.Д. Видом, С.В. Днепровской и Т.В. Гончарской, описаны модифицированные и апробированные отечественные и заграничные групповые методы, восстанавливающие именно больных малопрогредиентной шизофренией (пантомима, коммуникативно-активирующая терапия, проблемная дискуссия, функциональная тренировка поведения, раскрывающая разговорная психотерапия). Клинико-психотерапевтическую основу наших поисков составили, прежде всего, работы по клинической психотерапии, психотерапии психопатий, шизофрении А.И. Яроцкого (1908), J. Kläsi (1922), E. Kretschmer'a (1929, 1934), M. Müller'a (1930), M. Müller'a и C. Müller'a (1967), П.Б. Ганнушкина (1933), С.И. Консторума (1935, 1962), Н.И. Иванова (1970), E. Brody (1971). Теоретической опорой послужили автору клинические наблюдения П.Б. Ганнушкина (1933) и теоретико-психотерапевтическое положение E. Kretschmer'a (1934) о том, что сама жизнь, как-то неблагоприятно сложившаяся для психопата или больного мягкой (малопрогредиентной) шизофренией, выявляет патологию. Следовательно, можно намеренно или ненамеренно так устроиться в жизни сообразно болезненным особенностям, что эти же особенности, не обнаруживаясь как патологические, лишь будут утверждать человека в его общественной ценности. W. Kretschmer (1963, 1982), продолжавший, в известной мере, дело отца, полагал, что высшим психотерапевтическим воздействием в психиатрии является «лечение положительными переживаниями и творчеством».

Если патогенетическая психотерапия (Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1980, 1982) как «основная система личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в нашей стране» (Карвасарский Б.Д., 1985) предназначена для лечения невротических расстройств и опирается на психологическое понимание отношений, личности, — то

ТТС можно считать также, в известной мере, «патогенетической», «личностно-ориентированной», «воспитательной», но не психологической, а клинической психотерапией психопатических и хронически-шизофренических расстройств (т. е. подробно опирающейся на клинику, клинические особенности пациента). Создание и совершенствование такого метода, рядом с серьезно разработанной уже патогенетической психотерапией неврозов, представляется весьма актуальным. Наконец, ТТС как сложный метод-система выросла в поле клинической эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова в широком ее понимании — как обращенной «к духовным компонентам личности», пробуждающей «насущную потребность самоусовершенствования» (Рожнов В.Е., 1985). Такое широкое понимание эмоционально-стрессовой психотерапии соответствует понятиям «терапия духовной культурой», «клиническая гуманистическая психотерапия». Клинико-психотерапевтические работы по терапии духовной культурой, творчеством встречаются весьма редко среди немалого количества психологически, психодинамически ориентированных работ в этой области (см. содержательные обзоры Р.Б. Хайкина [1992] и A. Rothenberg'a [1994]). В создании, разрабатывании клинико-психотерапевтических приемов, аккумулирующих в себе опыт духовной культуры, гуманизм, творчество, также содержится современность, актуальность настоящего исследования. ТТС и есть клиническая планомерная терапия духовной культурой. (...)

Существо креативного психотерапевтического «механизма». Автором описаны многие «механизмы» терапии созданием творческих произведений пациентами различных клинических групп, «механизмы» терапии общением с литературой, искусством, природой, прошлым и т. д. Здесь кратко отметим существо основного всепроникающего целебного «механизма» ТТС. Это — осознанное стойкое прояснение в прежде «смутном», неопределенно-тягостном, «разлаженном» душевном состоянии дефензивного пациента, не чувствовавшего себя собою, собственной, определенной творческой индивидуальности — характерологической (психастенической, аутистической и т. д.) или хронически тревожно-субдепрессивной, хронически деперсонализационной и т. д. Такая встреча с высвеченным целебно-творческими занятиями самим собою смягчает напряженность неопределенности, разлаженности, тревожности-безысходности, порождает более или менее выраженное творческое вдохновение (оживление индивидуальности) с доброжела-

тельным поиском хорошего вокруг (любовь в широком и узком ее понимании), светлым переживанием своего смысла — предназначения в жизни (психастенического, аутистического, хронически субдепрессивного и т. д. — нужен людям именно таким, какой есть). При этом человек «внутри» своего природного характерологического радикала, хронического психопатологического расстройства остается личностно бесконечно неповторимым, как и, например, внутри своего «мужского», «женского», «детского», «старческого» и т. д.

Существо ТТС как клинико-психотерапевтического метода. ТТС (с осознанностью своей общественной пользы, с возникновением на этой базе стойкого светлого мироощущения) как клиническая терапия духовной культурой — лечебное преподавание элементов клинической психиатрии, психотерапии, естествознания в процессе разнообразного творчества пациентов (в индивидуальных встречах с психотерапевтом, в групповых и домашних занятиях, в реалистическом клинико-психотерапевтическом театре) с целью помочь пациентам научиться творчески (по-своему) выражать себя сообразно своим природным особенностям. В творческом (т. е. с поиском себя) общении с живописью, поэзией, прозой и т. д. более или менее созвучных ему известных художников и товарищей по группе, в собственных творческих произведениях, в творческом общении с природой, прошлым и т. д. пациент целебно-вдохновенно чувствует-осознает свою особенность (напр., «примеривая» свое мироощущение к мироощущению живописца). Уже зная известные характерологические радикалы, психопатологические нарушения, обнаруживая все это у себя, у товарищей по группе, у художников, писателей, пациенты находят каждый свой путь вдохновенного самовыражения, свой смысл (шизоидно-аутистический, циклоидно-синтонный, психастенический и т. д.). Этим клиническим, одухотворенно-реалистическим, материалистическим проникновением ТТС отличается от экзистенциально-гуманистической психотерапии «самоактуализацией», «личностным ростом» (E. Fromm, A. Maslow, C. Rogers, V. Frankl), которая не входит в дифференциальную диагностику, не обучает пациентов в творчестве элементам психиатрии, характерологии. Для экзистенциально-гуманистических психотерапевтов душевная жизнь человека не несет на себе печати телесного происхождения, не подчиняется в своих основах физиологическим, клиническим закономерностям, пребывая в теле не как в ее источнике, а как в приемнике. Задача экзистен-

циально-гуманистического психотерапевта — помочь человеку почувствовать и осознать себя собою духовно бесконечным, крупицей единой неповторимой Личности. Истины. Разума. Автор отдает себе отчет в том, что такая его приверженность конституции, клинической картине выглядит более земным (но не более примитивным), чем экзистенциально-гуманистический подход. Но ведь речь идет, прежде всего, о помощи конституциональным психопатам и больным с хроническими мягко-шизофреническими расстройствами. Наш подход оказался терапевтическим для многих российских дефензивно-реалистических пациентов, но он дает возможность и пациентам идеалистически-аутистического склада, творчески «примерив» свою индивидуальность к различным личностно-творческим стилям, обнаружив созвучие с какими-то из них, выйти на свою собственную философско-идеалистическую, религиозную дорогу, целебную в высоком смысле.

Групповые занятия происходят в уютной обстановке «психотерапевтической гостиной» (с чаем, свечами, мягкой музыкой). Благодаря созвучию с товарищами по группе творческого самовыражения (там, где это созвучие возникает), с определенными произведениями литературы, искусства, науки, благодаря созвучию с определенными деревьями, травами, животными, благодаря созданию собственных творческих произведений, пациент становится себе самому яснее как определенный характер, мозаика характерологических радикалов, человек со стойким субдепрессивно-деперсонализационным расстройством и т. д. Пациент учится искать сообразные своей природе собственные способы смягчения страдания творчеством, старается в сложной работе над собою сделаться по-своему творчески-счастливым: счастьем артистическим, психастеническим, шизофреническим и т. д.

Конкретные методики терапии творчеством, составляющие содержательную сердцевину метода, сплетаются, растворяются друг в друге на основе разъяснительно-воспитательного познания себя и других, изучения своей особенной предрасположенности к каким-то творческим, общественно-полезным делам. Это: 1) терапия созданием творческих произведений (рассказов, рисунков, фотографий и т. д.) — с целью обнаружить во всем этом свою личностную особенность и сравнить, например, с особенностями также творчески самовыражающихся в группе товарищей; 2) терапия творческим общением с природой (с поиском себя в природе через созвучие и несозвучие с определенными растениями, насекомыми, ландшафтами и т. д.); 3) терапия творческим общением с литературой, ис-

кусством, наукой (поиск созвучного в различных произведениях культуры); 4) терапия творческим коллекционированием (собирание предметов созвучных и не созвучных — для выяснения своих особенностей и таким образом); 5) терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое (общение с дорогими душе предметами детства, с портретами предков, изучение истории своего народа, истории человечества — с целью отчетливее познать себя в созвучии со всем этим, свои «корни», свою неслучайность в мире); 6) терапия ведением дневника и записных книжек (разнообразные творческие записи здесь также обнаруживают, подчеркивают особенности их автора); 7) терапия домашней перепиской с психотерапевтом (как возможность проявить личностную особенность в живой переписке); 8) терапия творческими путешествиями (поиски себя в познании нового, незнакомого в путешествии); 9) терапия творческим поиском одухотворенности в повседневном (необычное в обычном возможно усмотреть, почувствовать лишь познавая обычное по-своему, личностно). В работах автора подробно, со многими клиническими примерами, показано, как «по-шизоидному», «по-психастенически» или полифонически-шизофренически и т. д. пациенты воспринимают, осмысляют природу, искусство, как сказывается это в их творческих произведениях.

Все это способствует обогащению, укреплению личности пациента, познающего себя как определенный тип общественно-полезного человека.

Содержание, формы и этапы ТТС. I этап — самопознание («познай самого себя»: изучение своих патологических расстройств, личностных особенностей) и познание других характеров с постижением того, что «для каждого свое» и необходимо ценить это «свое» другого человека, если оно не безнравственно, II этап — продолжение познания себя и других в творческом самовыражении с помощью указанных выше 9 методик. Продолжительность II этапа обычно в 10 раз больше продолжительности I этапа. Формы ТТС: 1) индивидуальные беседы (от двух раз в неделю до одного раза в месяц и реже); 2) повседневная домашняя работа пациента (изучение литературы, создание творческих произведений, переписка с психотерапевтом и т. д.); 3) группы творческого самовыражения (по 8–12 чел.) в «психотерапевтической гостиной» с различными сообщениями пациентов, чтением вслух рассказов, стихотворений, обсуждением слайдов друг друга (как именно во всем этом сказываются особенности автора и как общественно-полезно возможно их применить и т.д.). Частота групповых занятий — от двух раз в неделю

(краткосрочный курс) до двух раз в месяц (долгосрочный курс). Одновременно — индивидуальные беседы с психотерапевтом и, по необходимости, специально разработанные для сопровождения ТТС гипнотические сеансы, приемы самовнушения и АТ, лекарства (по обстоятельствам). Все это также проникнуто творческим самовыражением, общением с Природой и Красотой.

Особенности работы в ТТС с клинически различными пациентами

Астенические и психастенические психопаты. Психастенику в соответствии с его реалистической тревожно-вдумчивой аналитичностью, малой способностью проникнуться целебной верой во что-то следует дать побольше научно-лечебной информации, чувственного оживления, а астенику (в соответствии с его тревожно-астенической сенситивностью, неуверенностью) — больше теплой заботы, художественно-целебной, лирической эмоции.

Дефензивные циклоиды. Главное в терапии — краткая научно-лечебная информация и эмоциональное-подробное, жизнеутверждающее, юмористическое, мягкое воздействие авторитетом психотерапевта, предполагающее склонность циклоидов к целебной вере в своего психотерапевта.

Дефензивные шизоиды. Следует помочь им более творчески, общественно-полезно выразить свою аутистичность в профессиональном деле и на досуге и на этой творческой основе, по возможности, теплее сблизиться с людьми. Изучение характеров помогает здесь увидеть в другом шизоиде «артистического брата», а в других характерах — иные, не свои, общественно-полезные ценности и принять их.

Дефензивные эпилептоиды. Следует упорно помогать им учиться видеть положительное в людях иного склада, считаться со справедливым мнением, хотя и не совпадающим с его собственным, учиться общественно-полезно претворять в жизнь свою природную, честную прямолинейность-авторитарность.

Дефензивные истерические психопаты. Им важно помогать учиться заслуживать целебное для них внимание людей пусть демонстративным, но общественно-полезным самовыражением.

Ананкасты. Клинически, клинико-психотерапевтически и с помощью М.М. Труновой электрофизиологически эти психопаты были отдифференцированы от психастеников. Серьезное облегчение наступает лишь в случаях, когда навязчивые переживания становятся содержанием творчества, общественно-полезной жизни.

Дефензивные малопрогредиентно-шизофренические пациенты. В начале лечения необходимо высказать пациенту *основное положение* о неспешном, трудном лечебном пути, на котором с самого начала следует пытаться жить творчески-интересно, довольствуясь скромным и не строя иллюзий выздоровления при каждом улучшении настроения. Особый, известный в клинической психотерапии, эмоциональный, интимный психотерапевтический контакт, необходимый с этими пациентами (и неприемлемый в работе с психопатами), строится: 1) на тонком клиническом понимании неврозоподобно-шизофренических расстройств, на способности психотерапевта искренне сочувствовать этим тягостным расстройствам, не отождествляя их с обычной, житейской нервностью, 2) на умении естественно обнаружить живой интерес к личности пациента, его заботам, увлечениям (не только к симптомам) и, по возможности, открыть пациенту себя как человека, личность, с тревогой за него. Если такой контакт сформировался, пациент твердо чувствует целебную духовную опору в психотерапевте, боится его потерять. Теперь в рамках ТТС необходима неустанная активирующая терапия, которой пациент уже не способен сопротивляться.

Реалистический клинико-психотерапевтический театр (РКПТ). В 1992 г. была создана, благодаря предложению и серьезной помощи Независимой психиатрической ассоциации России, особая лечебная группа творческого самовыражения, проникнутая терапией преимущественно исполнительским творчеством, — РКПТ. РКПТ принадлежит, т. о., НПА России, кафедре психотерапии РМАПО и клинической амбулаторной базе кафедры — Наркологическому диспансеру №1 (Москва). Автор является руководителем театра, одним из психотерапевтических драматургов. Художественным руководителем стала многолетний помощник автора в ТТС, психотерапевт Е.Ю. Будницкая. РКПТ — не психодрама, а часть ТТС. Режиссерская основа — система Станиславского. Театр, творчески оживляя пациентов, является для них сообществом, пристанищем в травмирующей их жизни здоровых людей. Уникальность театра в том, что исполняются лишь творческие произведения пациентов и психотерапевтов, терапевтически воздействующие на зрителей с серьезными душевными трудностями (в психиатрических больницах, интернатах и т. д.) по принципу «лечусь леча» [74]. РКПТ, как это наглядно видится клинически, существенно повышает качество жизни наших в основном эндогенно-процессуальных, ранимых, одиноких пациентов (Благовещенская Л.Ю., 1997). (...)

В занятиях ТТС высветился новый подход к классификации психопатий, характерологических радикалов — по природной предрасположенности человека к определенному мироощущению: реалистическому (материалистическому), аутистическому (идеалистическому), эклектическому. ТТС помогла также клинически выявить, как именно существо каждого известного радикала сказывается в творчестве пациентов: тревожно-реалистическая, импрессионистически-мягкая деперсонализационность (психастеник), истощающаяся раздражительность со склонностью к реалистически-романтическому мироощущению-творчеству (астеник), реалистически-чувственная, со склонностью к творчеству военно-исторического содержания, авторитарность-напряженность (дефензивный эпилептоид), чувственно-теплая, полнокровная реалистичность-естественность (дефензивный циклоид), тревожная, педантичная, скрупулезно-ананкастическая чувственная реалистичность (ананкаст), аутистичность-символичность мышления и чувствования в ее мироощущенческом понимании (шизоид), ювенильная «пылкая» демонстративность (дефензивный истерический психопат). Смешение характерологических радикалов у дефензивных малопрогредиентно-шизофренических пациентов являет собою особый мозаичный («полифонический») «характер», проступающий, например, в сюрреалистическом творчестве. (...)

О существе характерологических радикалов, выясненном, в основном, в занятиях ТТС с пациентами и насущном для клинической терапии творчеством.

Если существо психастенического радикала состоит в тревожно-реалистической мягкой деперсонализационности, что отчетливо видится, например, в картинах Моне, то существо астенического радикала — в истощающейся раздражительности, капризной ранимости со склонностью к реалистически-романтическому мироощущению, без аналитичности-деперсонализационности. Существо эпилептоидного радикала — в реалистически-чувственной авторитарности-напряженности, что сказывается, например, в характере и содержании картин Сурикова, Шишкина, Верещагина. Существо циклоидного (синтонного) радикала — в чувственно-теплой реалистичности-естественности (видится в мягко-полнокровных картинах Тропинина, Серова). Существо ананкастического радикала — тревожно-педантичная чувственная реалистичность с превращением скрупулезности в характерологическую ананкастичность (как это, например, отмечено в жизни, поступках и творчестве Маяков-

ского). Шизоидный (аутистический) радикал, в отличие от любого реалистического, предполагает предрасположенность к аутистическому (идеалистическому) мироощущению. Шизоид уже с детства или только с годами, изначально, природой своей чувствует известную самостоятельность духа по отношению к телу. Собственное тело ощущается им не столько как источник, сколько как приемник вечного бесконечного изначального Духа, правящего миром и «гнездящегося» частицей своей в теле на время жизни в виде души конкретного человека. Если даже шизоид и считает себя материалистом, то обычно в его творчестве усматриваем или откровенную символику (подобную, например, символике картин Петрова-Водкина, Модильяни, символику в виде тяготения к символам теоретической физики и математики), то есть символическое изображение Духа (подлинной для аутиста — духовной — реальности), или сновидное (картины Боттичелли, Борисова-Мусатова, Нестерова), то есть лишь реалистоподобное, но не реалистическое, изображение действительности. Психэстетическая пропорция шизоида (E. Kretschmer) как сосуществование в шизоиде гиперэстетичности (сенситивности) и гипэстетичности (анэстетичности) объясняется сравнительно высокой чувствительностью к Духу, который для него лучше, отчетливее видится в символах звезд, насекомых, искусства, в прагматических (с теоретическим расчетом) занятиях и т. п., нежели в живом теплом человеке, нуждающемся в его практической помощи. Существо истерического (демонстративного) радикала — в более или менее красочно-чувственной ювенильной (с сильной вытеснительной защитой) демонстративности (картины К. Брюллова, Делакруа).

Мозаичный «характер» являет собою смешение характерологических ядер (радикалов) чаще органического (органический психопат) или эндогенно-процессуального происхождения («полифонический характер» — Добролюбова Е.А., 1995). В последнем случае «по состоянию» то один, то другой радикал могут выходить на первый план. Основная масса наших пациентов отличается именно этим складом, и мы обнаруживаем здесь особую творческую сюрреалистическую способность соединять несоединимое, в том числе материалистическое (реалистическое) с идеалистическим (артистическим), что сказывается и в научных открытиях, и в художественной культуре (медицина Парацельса, философия Спинозы, картины Дали, Пикассо, Малевича, Филонова, К. Васильева, повести Гоголя).

Характерологические радикалы как бы «изнутри» сообщают своеобразие конкретной психопатической или эндо-

генно-процессуальной, органической дефензивности. Дефензивное переживание есть конфликт чувства неполноценности (сказывающегося конкретно в тревожности, робости, застенчивости, неуверенности, мнительности, нерешительности, склонности к сомнениям и т. д.) с ранимым самолюбием. Так, психастеник и астеник всегда «ядерно» дефензивны, но первый реалистически аналитичен, «второсигнален», второй более чувствен, романтичен и, соответственно, требует меньше аналитического психотерапевтического разъяснения и больше внушения, тепла. Оба они в обстоятельствах, усиливающих их переживание неполноценности, стремятся спрятаться в укромный угол жизни, способны довольствоваться малым. Эпилептоид в своей дефензивности в трудных обстоятельствах (например, при недоброжелательном отношении к нему) способен к длительной мощной агрессивности. Дефензивный циклоид естественен «по настроению» — и пошумит, и расплачется. Шизоид, вследствие аутистичности, слабости реалистического чутья, может быть и беспомощным-незащищенным, и жестким до деспотичности.

Здесь же нелишне отметить, что в преподавании пациентам элементов типологии характеров следует неустанно подчеркивать и подтверждать убедительными примерами, что не существует «плохих» и «хороших» характеров, как нет «плохих» и «хороших» национальностей, что характер — не «бирка», не «клеймо», он бесконечно неповторим в своих рамках-ориентирах, как неповторима сама Природа. Изучаем характеры — чтобы легче было найти свой, сообразный своей природе, творческий путь в жизни. (...)

Клинико-терапевтический процесс, обобщенный в монографии (Бурно М., 1989), долгие годы состоял только из долгосрочного (2–5 лет) применения ТТС с сопровождавшими ее по обстоятельствам (более чем в половине случаев) симптоматически улучшавшими состояние гипнотическими сеансами, занятиями АТ, назначением небольших доз лекарственных препаратов, лекарственных трав (по обстоятельствам).

В процессе исследования удалось установить 3 степени эффективности ТТС: низкая (нестойкое, но отчетливое улучшение с убежденностью, что помогает именно лечение творческим самовыражением), средняя (более или менее стойкое улучшение состояния со способностью самостоятельно (в большинстве случаев) смягчать тягостные расстройства выработанными в процессе лечения приемами творческого самовыражения, заметный подъем социальной кривой жизни); высокая (стойкие компенсации и ремиссии с вдохновен-

ным «поворотом» к жизни, работе, со способностью надежно сопротивляться внутренним и внешним трудностям, со стремлением помочь другим людям в подобном состоянии на своем опыте). Все 312 пациентов сами себе служили контрольной группой, поскольку не удалось тогда узнать о подобных стойких компенсациях и ремиссиях в указанных случаях. Организовывать контрольную группу на 2—5 лет, заранее зная, что этим пациентам возможно помочь за это время существенно лучше, посчитал этически невозможным.

Изучение «долгосрочного» клинико-психотерапевтического материала не дает оснований считать, что стойкое улучшение объясняется преимущественно действием возрастного (с годами) или ситуационного факторов, или «привычкой к болезни». Из многих клинических доказательств отчетливой эффективности ТТС отметим 2 главных: 1) пациенты способны собственными, выработанными в процессе лечения способами творческого самовыражения более или менее надежно «выволакивать» себя из тягостных, болезненных расстройств; 2) когда пациенты по каким-либо причинам отходят от лечебного творческого самовыражения (даже будучи уже в состоянии выработанного повседневного «творческого стиля жизни», свойственного высокой степени эффективности ТТС), — при всей известной необратимости компенсаций, ремиссий в целом, состояние их все же ухудшается, выразительно улучшаясь с возвращением к прежним целительным занятиям.

Последние 10 лет автор разрабатывал краткосрочные (3—4 месяца) варианты ТТС, как и аспиранты автора (в последние годы). Группы творческого самовыражения остаются по-прежнему смешанными, тогда как аспиранты автора исследуют ТТС уже более целенаправленно: Н.Л. Зуйкова — работая с дефензивными шизоидами с семейными конфликтами (диссертация защищена в 1998 г.), Т.Е. Гоголевич — с шизоидами и психастениками в одной группе (защита — в 1998 г.), С.В. Некрасова — с дефензивными малопрогредиентно-шизофреническими пациентами*.(...)

Всю диагностическую, лечебную, научную клиническую работу в поле данного исследования автор проделал самостоятельно. Из 1632 встретившихся ему в его врачебной жизни дефензивных погранично-бодерлиновых пациентов лечил настоящим методом 474 человека. (...)

Результаты лечения. Результаты долгосрочной терапии изложены в монографии автора (Бурно М., 1989). Приводим оттуда сводную таблицу (таблица № 1). Как видно из табли-

* Диссертация защищена в 2000 г.

цы, в 80,1% случаев отмечены средняя и высокая степени эффективности ТТС (по указанным выше критериям). Продолжительность отмеченного стойкого терапевтического эффекта ко времени окончания работы над монографией (1987) — от 3,5 до 20 лет. С конца 1987 г. автор проводит краткосрочные курсы ТТС. Пациенты из долгосрочных открытых групп ТТС прежних времен посещают время от времени поддерживающую группу (1 раз в 2 мес.); в этой группе одновременно собирается примерно 12–18 пациентов). Благодаря продолжающейся целебно-творческой работе-жизни (домашние творческие занятия, поддерживающая группа автора, поддерживающие группы ТТС во главе с опытными психотерапевтами, бывшими пациентами, а теперь членами Профессиональной Психотерапевтической Лиги) в амбулаторной и домашней обстановке еще у 5 психастенических, 4 шизоидных и 9 малопрогредиентно-шизофренических дефензивных пациентов за это время состояние стойко улучшилось до высокой степени эффективности лечения. Таким образом, анализируя цифры, представленные в табл. № 1, и последние уточнения, отметим более высокую эффективность долгосрочной ТТС у психастеников, астеников, дефензивных циклоидов, шизоидов и малопрогредиентно-шизофренических дефензивных пациентов.

Результаты краткосрочной ТТС (1987–1997) приведены в сводной таблице №2. Средняя и высокая эффективность лечения отмечены в 67,3% случаев. Такая сравнительно выраженная эффективность при краткосрочности лечения объясняется, прежде всего, более совершенной, чем при прежней долгосрочной терапии организацией, методической проработанностью лечебных занятий. Примеры таких сложившихся занятий и план полного краткосрочного курса (20 занятий) даются в специальном учебном пособии (Бурно М., Благовещенская, 1997).

В 312 случаях (долгосрочная ТТС) прослежены катамнезы (от 13,5 до 30 лет у 276 пациентов; 36 пациентов умерли за это время [с 1966 г.]). Катамнезы в случаях краткосрочного варианта ТТС прослежены у всех 162 пациентов (от 2 мес. до 9 лет).

Краткосрочные варианты ТТС, разработанные под руководством автора для занятий с прицельно составленными группами психопатических пациентов, дают еще более высокую терапевтическую эффективность, нежели наша работа со смешанными группами. Так, в диссертации Н.Л. Зуйковой (1997) отмечена высокая эффективность метода в 79,2% случаев, средняя — в 16,6% и низкая — в 4,2%, что в два с лишним раза превышает терапевтическую эффективность в контрольной группе (в ней ТТС не проводилась).

Таблица № 1.

Общая характеристика клинико-психотерапевтического материала 1966–1987 гг. Долгосрочная ТТС (курс 2,2–5,5 лет). (Из монографии «Терапия творческим самовыражением», 1989, с. 46–47.)

		Дефензивные психопаты								м	Всего
		п	а	ц	ш	э	и	ан	всего		
Количество случаев		31 (9,9)	23 (7,4)	34 (10,9)	20 (6,4)	10 (3,2)	12 (3,8)	11 (3,5)	141 (45,2)	171 (54,8)	312 (100,0)
Мужчины		15 (4,8)	10 (3,2)	21 (6,7)	14 (4,5)	8 (2,6)	3 (1,0)	9 (2,9)	80 (25,6)	77 (24,7)	157 (50,3)
Женщины		16 (5,1)	13 (4,2)	13 (4,2)	6 (1,9)	2 (0,6)	9 (2,9)	2 (0,6)	61 (19,5)	94 (30,1)	155 (49,7)
Возраст*	17–30 лет	7 (2,2)	4 (1,3)	7 (2,2)	3 (1,0)	–	4 (1,3)	1 (0,3)	26 (8,3)	32 (10,2)	58 (18,6)
	31–50 лет	20 (6,4)	16 (5,1)	19 (6,0)	12 (3,8)	4 (1,3)	7 (2,2)	6 (1,9)	84 (26,9)	125 (40,0)	209 (66,9)
	51–68 лет	4 (1,3)	3 (1,0)	8 (2,6)	5 (1,6)	6 (1,9)	1 (0,3)	4 (1,3)	31 (9,9)	14 (4,5)	45 (14,4)
Образо–вание	среднее	5 (1,6)	4 (1,3)	8 (2,6)	2 (0,6)	4 (1,3)	3 (1,0)	1 (0,3)	27 (8,6)	74 (23,7)	101 (32,4)
	высшее	26 (8,3)	19 (6,0)	26 (8,3)	18 (5,8)	6 (1,9)	9 (2,9)	10 (3,2)	114 (36,5)	97 (31,0)	211 (67,6)
Длитель–ность лечения	до 3 лет	2 (0,6)	4 (1,3)	4 (1,3)	3 (1,0)	1 (0,3)	2 (0,6)	2 (0,6)	18 (5,8)	18 (5,8)	36 (11,5)
	3–6 лет	26 (8,3)	17 (6,4)	20 (6,4)	12 (3,8)	5 (1,6)	7 (2,2)	8 (2,6)	95 (30,4)	60 (19,2)	155 (49,7)
	> 6 лет	3 (1,0)	2 (0,6)	10 (3,2)	5 (1,6)	4 (1,3)	3 (1,0)	1 (0,3)	28 (8,9)	93 (29,8)	121 (38,8)
Эффек–тивность лечения	низкая	–	–	–	–	2 (0,6)	4 (1,3)	8 (2,6)	14 (4,5)	48 (13,1)	62 (19,9)
	средняя	16 (5,1)	17 (5,4)	23 (7,4)	13 (4,2)	4 (1,3)	6 (1,9)	3 (1,0)	82 (26,3)	74 (17,3)	156 (50,0)
	высокая	15 (4,8)	6 (1,9)	11 (3,5)	7 (2,2)	4 (1,3)	2 (0,6)	–	45 (14,4)	49 (21,1)	94 (30,1)

Примечание: В скобках указаны проценты.

Условные обозначения: п — психастеники, а — астеники, ц — дефензивные циклоиды, ш — дефензивные шизоиды, э — дефензивные эпилептоиды, и — дефензивные истерические психопаты, ан — ананкасты, м — дефензивные малопрогредиентно-шизофренические случаи.

* Возраст — к началу нашего лечения.

Таблица № 2.

Общая характеристика клинико-психотерапевтического материала 1987−1997 гг. Краткосрочная ТТС (курс 3−4 мес.)

		Дефензивные психопаты								м	Всего
		п	а	ц	ш	э	и	ан	всего		
Количество случаев		4 (2,5)	–	13 (8,0)	10 (6,1)	1 (0,6)	2 (1,2)	–	30 (18,5)	132 (18,5)	162 (100,0)
Мужчины		1 (0,6)	–	2 (1,2)	2 (1,2)	1 (0,6)	–	–	6 (3,7)	54 (33,3)	60 (37,0)
Женщины		3 (1,9)	–	11 (6,8)	8 (4,9)	–	2 (1,2)	–	24 (14,8)	78 (48,2)	102 (63,0)
Возраст	17–30 лет	4 (2,5)	–	5 (3,1)	3 (1,9)	–	–	–	12 (7,4)	99 (61,2)	111 (68,5)
	31–50 лет	–	–	6 (3,7)	7 (4,2)	1 (0,6)	2 (1,2)	–	16 (9,9)	27 (16,6)	43 (26,6)
	51–68 лет	–	–	2 (1,2)	–	–	–	–	2 (1,2)	6 (3,7)	8 (4,9)
Образо–вание	среднее	3 (1,9)	–	3 (1,9)	1 (0,6)	–	–	–	7 (4,3)	86 (53,0)	93 (57,4)
	высшее	1 (0,6)	–	10 (6,1)	9 (5,6)	1 (0,6)	2 (1,2)	–	23 (14,2)	46 (28,5)	69 (42,6)
Эффек–тивность лечения	низкая	–	–	2 (1,2)	2 (1,2)	–	1 (0,6)	–	5 (3,1)	48 (29,6)	53 (32,7)
	средняя	4 (2,5)	–	9 (5,6)	8 (4,9)	1 (0,6)	1 (0,6)	–	23 (4,2)	82 (50,7)	105 (64,8)
	высокая	–	–	2 (1,2)	–	–	–	–	2 (1,2)	2 (1,2)	4 (2,5)

Примечание: В скобках указаны проценты.

Условные обозначения: п — психастеники, а — астеники, ц — дефензивные циклоиды, ш — дефензивные шизоиды, э — дефензивные эпилептоиды, и — дефензивные истерические психопаты, ан — ананкасты, м — дефензивные малопрогредиентно-шизофренические случаи.

Показания и противопоказания к ТТС. ТТС, прежде всего, показана широкому кругу дефензивных психиатрических и наркологических пациентов без острых психотических расстройств (в том числе при субдепрессивных циклотимических фазах). Как следует из работ психотерапевтов, работающих с неврологическими и соматическими пациентами, ТТС также показана в комплексе лечения детей с хроническими неврологическими заболеваниями, больных туберкулезом, кардиологических больных, больных гемофилией, больных сахарным диабетом, больных атопическим дерматитом, онкологических больных в хосписе. ТТС показана и для предупреждения болезней — в своих психопрофилактических и психогигиенических формах (Зайцева Л.Н., 1985; Зицер Г.Л., 1990; Зубаренко В.З., Поклитар Е.А., 1990; Поклитар Е.А., Штеренгерц А.Е., 1991; Бреева Г.Г., Фролова С.Д., 1997; Сидоров П.И., Панков М.Н., 1997, и др.).

Противопоказания: *абсолютное* — психотическая суицидальная депрессия (усугубляется в уютной творческой обстановке чувство своей исключительной безысходности, выключенности из «счастливой жизни других людей»); *относительные* противопоказания: 1) субдепрессия со стойкой суицидальной настроенностью (также может усилиться, несколько «всколыхнувшись» в лечебно-праздничной группе живыми красками жизни, напоминающими о «безвозвратно потерянном»; 2) упорные сообщения шизофренических пациентов о том, что после «светлых» групп творческого самовыражения «действительность еще больнее бьет своим холодом», «трудно уходить из амбулатории» и т. п.; 3) склонность к сверхценной или бредовой интерпретации в изучении элементов психиатрии и характерологических радикалов; 4) расстройства, противоположные по своему содержанию дефензивности (эпилептоидная, истерическая агрессивность и т. п.). (...)

Разработанный автором клинико-психотерапевтический метод для дефензивных пациентов — Терапия творческим самовыражением — в своем долгосрочном и краткосрочном виде, в большинстве случаев, как показала многолетняя практика, формирует стойкие компенсации у дефензивных психопатов (психастеники, астеники, дефензивные циклоиды, шизоиды, эпилептоиды, дефензивные истерические психопаты, анакасты) и стойкие ремиссии у пациентов с дефензивно-малопрогредиентными шизофреническими расстройствами. Эти компенсации и ремиссии оказываются значительно более качественными, нежели прежде отмеченные

в научной литературе, прежде всего, стойкой проникнутостью пациентов целебной содержательной творческой одухотворенностью, психотерапевтически воспитанной в них способностью сопротивляться своей патологии и трудностям жизни.

Существо основного творческого (креативного) психотерапевтического механизма в ТТС — осознанное вдохновенно-светлое переживание кристаллизации в душевном состоянии прежде не чувствовавшего себя самим собою (с «кашей» в душе) дефензивного пациента собственной определенной творческой индивидуальности: характерологической (психастенической, аутистической и т. д.), хронически тревожно-субдепрессивной, хронически деперсонализационной и т. д., самоутверждение в творческих возможностях, обычно таящихся здесь в патологической «слабости» и без нее не существующих («сила слабости»). В творчестве, то есть в душевной, духовной работе по-своему, и происходит оживление индивидуальности (творческое вдохновение) с доброжелательным отношением к людям, с поиском своего общественно-полезного смысла, предназначения в жизни — психастенического, аутистического, хронически-субдепрессивного и т. д., но при этом бесконечно неповторимого.

3.2. Еще о существе Терапии творческим самовыражением (1999) [116)]

Помнится из молодости, как один врач-психотерапевт, с которым вместе работали, дружески улыбался над первыми моими печатными работами по ТТС, занятиями с пациентами в этом духе. Он говорил: «Выходит, когда мы радуемся сойкам и синицам в лесу, в парке, когда пишем смешное письмо приятелю или любовное — женщине, когда торжественно уходим в прошлое своего народа, пробуя расстегай или другое старинное кушанье, фотографируем и так далее, и тому подобное — мы не просто все это с охотой, вдохновением делаем, то есть интересно живем, живем нашей жизнью, а мы, оказывается, всем этим лечимся, да?» Сегодня я убежден, что это очень важный вопрос для понимания ТТС и хочу как можно яснее на него ответить.

Да, все эти состояния творческого вдохновения, конечно же, лечат в высоком смысле, точнее — действуют целебно, то есть шире, нежели лечат: сообщают и здоровому человеку, его душе цельность с радостным чувством своей цельности. Но в то же время все это есть сама жизнь, а не Терапия творческим самовыражением.

ТТС как научное искусство, во-первых, не есть сама жизнь в том смысле, как не есть сама жизнь, например, пейзаж, рассказ, романс, научная статья. Все это — творческое переживание-осмысление жизни, как и ТТС. И во-вторых (а это — главное), ТТС есть не просто творческое переживание-осмысление жизни (в себе самом и вокруг себя), не просто увлеченность жизнью, а более или менее сложное, посильное научное изучение своей душевной природы, природы других людей, а также изучение животного и растительного царств, царства минералов и всего другого неживого — по отношению к своей личности. То есть в разнообразном творческом самовыражении с осознанным выяснением своего, личностного отношения ко всему на свете для поиска своего, главного, сравнительно немногого, что сообщает тебе творческое вдохновение уже в своей особой сложности (и в смысле, видимо, более сложного и стойкого отворения наших внутренних аптек) — как светлую содержательную осознанную встречу с подлинным собою для других. Встречу психастеническую, аутистическую, полифоническую, депрессивную и так далее (в соответствии со своим характерологическим радикалом (мозаикой радикалов) или хроническим расстройством) — и в то же время с переживанием своей уникальности-неповторимости «внутри» этого психастенического, аутистического, полифонического, депрессивного, как и «внутри» своего мужского, женского, юношеского, старческого. Эта встреча-изучение есть не только целительная радость, любовь, но и одновременно яркое ощущение-понимание своего смысла-предназначения, своей цельности-цели в жизни, среди людей, — именно сообразно своей природе и сложившимся жизненным обстоятельствам. Пусть это мое цельное предназначение-смысл представляется сегодня сравнительно малым, даже крохотным, но все равно оно *святое* для меня и близких мне людей, важное для моей собаки и т. д.

Понятно, все это, прежде всего, — о взрослых пациентах. Но и дети способны почувствовать-понять, что они разные по природе своей для разных переживаний и дел, разные, потому что такие разные люди и животные живут и в народных сказках, и в детских книгах, фильмах, потому что один школьник, как он сам говорит, больше похож характером на Пушкина, а другой на Лермонтова и т. д.

В Одессе благодаря, прежде всего, А.Е. Штеренгерцу и Е.А. Поклитару всегда понимали-чувствовали это главное в ТТС. Поэтому впервые именно в Одессе ТТС как, думается, нечто самостоятельное в культуре перешагнула из медицины в педагогику и из ближнего зарубежья в дальнее.

Так, в работе Т.Е. Конрад-Вологиной (США, Чикаго) и Е.А. Поклитара (Украина, Одесса) «в практике школьного воспитания» преподаватель знакомил учащегося «с особенностями различных характеров», помогая увидеть подобные особенности у «выдающихся поэтов, писателей, живописцев, музыкантов (путем чтения отрывков художественных произведений, демонстрации диапозитивов, прослушивания фонограмм)», «что в конечном счете позволяло школьнику сориентироваться в поиске своего жизненного пути, выбрать наиболее валидную своему характеру профессию, стремиться к общению с людьми, оптимально способными удовлетворять его социальные, душевные и духовные устремления» (Конрад-Вологина, Поклитар, 1997).

3.3. К амбулаторной психотерапии психастеников (1970)* [2)]

28 психастеникам уже более трех лет помогаю амбулаторно в психотерапевтическом кабинете диспансера**. 18 из них пришли в кабинет с жалобами на свой «дурацкий характер». Остальные — с ипохондрическими состояниями: они мучительно сомневались, не больны ли «смертельной» (рак, лейкоз), «позорной» (сифилис) или душевной (шизофрения) болезнью.

В работе с психастениками у нас наметилась психотерапевтическая тактика, которая принесла пациентам значительное улучшение.

Лечение пациентов первой группы (с жалобами на «дурацкий характер»)

В первой беседе наводящими вопросами подробно перечислялись пациенту его психастенические черты. Например: «Поговорив с человеком, часто мучаетесь, что не так надо было что-то сказать, а этак?», «Для вас неопределенность хуже плохой определенности, не так ли?» Приходилось при

* Доклад на объединенной конференции кафедры психотерапии Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУВ), психотерапевтической группы при Институте судебной психиатрии им. В.П. Сербского и Психиатрической городской больницы № 12 (Стрешнево) 29 марта 1968 года. Эту давнюю работу, как и следующую за ней, помещаю в этом разделе, поскольку ТТС началась именно с лечебного преподавания пациентам элементов психиатрии. Со временем это обучение стало все более наполняться творчеством в соответствии с клиническими особенностями пациентов (прим. 2000 г.).

** Психоневрологический диспансер № 2 (Москва).

этом слышать от удивленного пациента: «Откуда вы это знаете? Да вы рассказали мне всего меня!» Пациенту сообщалось, что у него своеобразный, хорошо известный науке характер. Если он с помощью врача и книг подробно изучит себя, ему станет легче: известное уже не так мучительно, как неизвестное. Чем больше знаешь себя, тем легче себя воспитывать. Полезно напомнить психастенику, что «сомнение есть свойство более высокого ума» (И.А. Сикорский), что подобным характером отличались многие большие люди, например, Дарвин, Чехов. В этот же день пациент, ожидавший от врача микстур, таблеток, раздражающего утешения, получал домашнее задание — прочесть о психастеническом характере в статье и в книге П.Б. Ганнушкина. Последующие психотерапевтические беседы (1 час 1—2 раза в месяц) более чем наполовину превращались в уроки типологии характеров с домашним заданием. Психастеники любят читать психологическое, копаться в своей душе, наблюдать людей. Все мои пациенты этой группы, интеллигентные люди с высшим образованием, увлеклись характерологией (независимо от профессий), писали в библиотеках конспекты по человеческим характерам. Слова «психопат», «невротик» не шокировали их. В домашнее задание входило не только научное чтение (Т. Рибо, П.Б. Ганнушкин, С.А. Суханов, А.Ф. Лазурский), но и художественное. Пациенты характерологически анализировали героев Л. Толстого, Чехова, Щедрина, Достоевского.

Все 18 пациентов уже через 3—4 месяца такого рода индивидуальной рациональной психотерапии сообщили о стойком облегчении своего состояния «по причине психологического просвещения». Многие из них уже иронически иллюстрировали «психастеническое» примерами из своей жизни. «Раньше я почему-то считал, что люди должны думать и поступать, как я сам, — рассказывал один пациент. — А теперь стал понимать, что́ откуда во мне самом, лучше стал разбираться в людях, понимаю теперь, что́ от кого ждать можно, сообразно этому себя веду, меньше трачу напрасно душевных сил, и, право, мне теперь много легче». Пациенты реже стеснялись, терялись, тревожились по пустякам, увереннее чувствовали себя в тех ситуациях, в которых раньше было очень трудно. «Теперь, — рассказывала одна пациентка, — когда мне нужно идти к начальнику, я стараюсь смеяться над собой: ну, конечно, психастеничка несчастная, конечно, ты будешь сейчас стесняться перед дверью, — и мне с этим насмешливым пониманием своего состояния гораздо легче туда идти».

Может возникнуть вопрос, не станет ли чтение психиатрической литературы источником ятрогении. Мне не удалось

такого наблюдать. Кроме того, как выяснилось, мои пациенты и до психотерапевтического кабинета, копаясь в себе, читали психиатрические книги, многого там не понимая и толком не зная, что читать.

Ценность просветительной психотерапии такого рода подтверждается также одним житейским наблюдением: психастеникам-психиатрам гораздо легче «жить с таким характером», нежели психастеникам-непсихиатрам. Отмечу, между прочим, что более половины наших пациентов до встречи со мной сомневались, пристально наблюдая за особенностями своего душевного склада, не больны ли душевно.

Только «разъясняющая беседа» (без изучения научной литературы), как правило, мало помогает интеллигентному психастенику, поскольку часто оставляет сомнение: не утешает ли врач?

Лечение пациентов 2-й группы (с ипохондрическим состоянием).

Этим пациентам в первые встречи врачебно доказывалось, что «смертельной», «позорной» или душевной болезни нет у них. Ипохондрическое состояние психастеника (постоянно сомневающегося, особенно по поводу самого себя, человека) держится на сомнениях, часто весьма логичных. Например, психастеник, имевший случайные половые связи (или случайные поцелуи), узнает о существовании скрытого сифилиса и начинает опасаться — не болен ли им. Охваченный сомнениями, он не может полноценно работать, читает в библиотеках о сифилисе, надеясь таким образом исключить его у себя. Просит врача: «Докажите мне, что у меня нет этой болезни, и я успокоюсь». Действительно, специальной литературой, логикой, лабораторными анализами разбить ипохондрические сомнения психастеника — значит снять ипохондрическое состояние, по крайней мере, до нового, более подробного сомнения. Разъяснительная психотерапия психастенической ипохондрии требует подробного знания клиники смертельных и «позорных» болезней. Психастеники внимательно читают медицинские книги. О раке, лейкозе часто знают больше психиатра. Простое утешение (без подробного разъяснения) раздражает их.

Когда ипохондрические сомнения разбивались логикой, знанием и больной до новых сомнений успокаивался, ему сообщалось, что наклонность к сомнениям есть особенность его личности. Начиналось вышеописанное преподавание психиатрии, характерологии — как профилактика новых ипохондрических состояний. Одновременно с этой работой приходилось рассеивать свежие ипохондрические сомнения,

которые теперь появлялись все реже. В настоящее время у 9 пациентов 2-й группы ипохондрического состояния не отмечается. Только у одной пациентки (пожилой женщины с анацидным гастритом) мучительные опасения, что гастрит начал или скоро начнет перерождаться в рак, держатся уже более 3-х лет.

3.4. О глубокой разъяснительно-просветительной терапии психастеников (1977) [23)]

В тревожном, обостренно-нравственном обдумывании психастеником прежде всего своих отношений с людьми, своего здоровья и здоровья близких, как известно, отчетливо звучит тон будущего, т. е. склонность неустанно в темных красках прогнозировать указанные моменты. Однако по причине блеклой чувственности психастеника (слабости «животной половины» — павловское выражение) бессознательная (интуитивная) часть «вероятностного прогнозирования» (И.М. Фейгенберг) здесь весьма расплывчата. Психастенику не свойственны «острый глаз», «острый слух», «тонкий нюх», дегустационные способности и т. п. Ему, например, мало присуща давно известная врожденная способность «почуять» точно и сразу нравственный облик незнакомца, особенно свойственная некоторым «классическим» женщинам, детям, даже собакам. Психастеник обычно легко и быстро оценивает интеллект человека, но не нравственность. Нередко доверчивый (склонный, несмотря на свою подозрительность, искать в людях хорошее), он человеком очаровывается, а потом, заметив в нем дурное, наполняется досадной неприязнью к нему. Во всяком случае интуитивная оценка людей и событий здесь страдает неопределенностью, и психастеник обычно понимает это с печалью и растерянностью перед жизнью. «Как всегда, мои глаза открылись с большим опозданием», — пишет об этом в дневнике один пациент. Со временем некоторые психастеники научаются более или менее компенсировать эту свою интуитивную «животную» слабость размышляющим наблюдением за людьми, попытками классифицировать людей. Итак, пациент, охваченный тревожными сомнениями по поводу того, правильно ли он поступил в отношениях с людьми или нет, не есть ли неприятные ощущения в животе признак рака, — напряжен главным образом от неопределенности (убежденности в самом плохом нет, но и уверовать в лучшее трудно). Замечание И.М. Фейгенберга (1972, с. 46) о том, что эмоциональное

напряжение возникает в «ситуации неопределенного прогноза» весьма подтверждает эти клинические наблюдения, намекая на лечебный вывод, впрочем, старый, как мир: попытаться доказать человеку безосновательность его тревоги и тем успокоить. Особенное улучшение (успокоение) наступает, когда психастеник, хотя бы в некоторых подробностях познавший психастенические механизмы (причину тревожных сомнений) и личностные реакции других людей, научается точнее ***прогнозировать сознательно*** переживания, поступки — собственные и чужие. Чем правильнее, определеннее прогноз, тем дальше от эмоционального хаоса с «черными» сомнениями. Известное уже не так страшно. Психастенику делается основательно легче, когда, познакомившись под руководством психиатра-психотерапевта с некоторыми художественными, психологическими, психиатрическими книгами, он научается ценить в себе психастеническое (сколько психастеников среди великих людей!), вырабатывает трезвое отношение к своим слабостям и «понимающую снисходительность» к людям, ему неприятным, однако достаточно безвредным. Такая просветительно-воспитательная, способствующая духовному созреванию психотерапевтическая работа имеет главной целью научить пациента ослаблять эмоциональное напряжение, превращая непонятное (неосознанное) в понятное (осознанное). Идеалом тут, видимо, следует считать случаи, когда психастеники, делаясь психиатрами, компенсируют в большой мере себя профессией. Но тогда ипохондрические переживания от знания (точнее, полузнания) большого количества серьезных соматических болезней всех клиник — могут углубиться.

Мой собственный опыт такой работы с психастениками — 32 удачных амбулаторных случая. Дело это чаще всего не берет много времени: измученный переживаниями пациент быстро схватывает смысл лечения и прекрасно работает самостоятельно в библиотеке. Амбулаторные встречи с врачом содержат в себе разборы прочитанного, чтоб не запутаться ему в сложных книгах, разъяснения, беседы о трудностях и радостях, жизненные советы, может быть, успокаивающие гипнотические сеансы; все это — в атмосфере душевного тепла и дружеского ободрения. Психоаналитик, конечно, также считает, что помогает своему пациенту осознать неосознанное, но, по существу, тут ***внушается*** пациенту, как правило, тот или иной «причинный» момент мифологического содержания. Например, психастеник узнает на психоаналитическом сеансе, что его робость и тревога есть выражение давнего неосознанного «эдиповского» страха, что



отец кастрирует его за вожделение к матери. Подобное, понятно, не имеет отношения к клинической психиатрии и реалистическому мышлению.

Уточню рассказанное отрывками из писем пациента К. (с его разрешения)*.

К. 38 лет. В прошлом он настолько тяжело страдал от психастенической стеснительности с «боязнью чужого взгляда» (В.М. Бехтерев), что более года, в тяжелой декомпенсации, почти не выходил на улицу, упорно, но без успеха пытаясь себе помочь самовнушением, Библией, фрейдовским психоанализом. За семь лет психотерапевтической разъяснительно-просветительной работы с ним он окончил энергетический институт, поступил в аспирантуру, женился, решился иметь ребенка, защитил диссертацию, снял темные очки-«консервы».

«Помогает и сознание того, что то, что есть у меня, есть у многих людей. В том числе и у знаменитых, как, например, Чехов. Тает мысль об уникальности моих переживаний».

«Теперь понимаю, женщина, с которой у меня были неприятные столкновения два года назад, истеричка. От людей подобного склада лучше держаться подальше и не становиться их врагами, особенно, если эти люди в чем-то тебе завидуют. Я все больше и больше убеждаюсь, что не знал людей как следует. Я их считал подобными себе и думал, что они себя так же поведут, как я бы повел в той или иной ситуации. Если же они вели себя не так, как я ждал, то это порой травмировало меня (...). Знание типов людей может многое дать. Это поможет не только избежать лишних неприятностей, но и даст понимание того, что не я один с недостатками, что есть люди с еще бóльшими недостатками, чем я, и ничего, живут себе и даже довольны собой».

Описывает, как с товарищами по работе по торжественному поводу был в ресторане. «Истеричка, которая меня задирала, напилась. Даже в пьяном виде она картинно закидывала голову назад, картинно томилась. Все-таки, несмотря

* Когда статья была уже напечатана (1977), я наконец, просомневавшись несколько лет, убедился, что у К. не психастения, а аффект-эпилепсия Братца (как и у Л. Толстого) с тяжелой злобноватой раздражительностью-застенчивостью и склонностью к глубинному анализу. Вместе с тем я убедился, что такого рода лечение, значит, помогает и здесь. К., благодаря ТТС, нашел свой смысл в тихой нравственно-религиозной проповеди добра и уже в течение многих лет находится, в сущности, в экзистенциальной ремиссии (*прим. 2000 г.*).

ни на что, мне ее жалко. Она ведь несчастный человек. У нее нет духовного (глубокого) контакта с людьми. Сейчас она живет, кажется, с каким-то женатым мужчиной. На ней вряд ли кто-либо женится (я тому не завидую, кто бы это сделал)».

«Я заметил, что если кто-то ведет себя не очень хорошо со мной, грубит, а я отношусь (пытаюсь относиться) к нему так, как отнесся бы психиатр (психотерапевт), то моя позиция становится сильнее, чем в том случае, когда я принял бы тон грубияна».

«Я считаю внушение слабым средством, так как след, который оно оставляет в человеке, похож на росток без корней».

«Произведения Чехова стали для меня чем-то вроде Библии; когда настроение надо поправить, я читаю его».

«Когда занимаешься психоанализом Фрейда, то возникает такое чувство, как будто становится все лучше и лучше, хотя на самом деле это не так (часто становится хуже реально). Кажется при этом, что еще чуть-чуть — и вот она, первопричина, познав которую, все неприятное можно устранить. Кажется, что еще одно усилие — и вот она, эта балка, разбив которую, можно разрушить все здание болезни. Но эти чувства обманчивы. Действия занимающегося психоанализом похожи на действия идущего за болотным огоньком — чем дальше идет, тем труднее ему потом выбраться из болота».

«Если человек стеснителен, застенчив, неуверен в себе, то от этого плохо никому не делается. (...) ...люди, которые судят о достоинстве человека по тому, насколько он нахален, насколько он не считается с людьми, насколько склонен подавлять других людей, подчинять их себе, командовать ими (...), жалки в своей (...) неспособности понять всю сложность человека». «Они схожи с людьми, которые оценивают дом по тому, насколько он ярко выкрашен снаружи. Если у кого-то появилось чувство превосходства над стеснительным человеком, ну и бог с ним, пускай тешит им себя».

«Медлительность психастеника в самом начале решения задачи (научной), по-моему, кажущаяся, так как одной из ее главных причин является углубленное изучение самой задачи психастеником, рассмотрение возможно большего числа ее граней. Я это наблюдал у трех-четырех наших психастеников».

«Сегодня ездил на лыжах без очков. Чудесный был день, светило солнце, шапки снега на ветвях, снег чистый упругий».

3.5. Заметка о Терапии творческим самовыражением (1997) [98)]

Терапия творческим самовыражением, как не раз уже отмечал, — терапия духовной культурой, но не психологически ориентированная (не экзистенциально-гуманистическая психотерапия), а терапия, проникнутая естественно-научным, клиническим мироощущением. При всей своей наполненности духовным опытом человеческой культуры. То есть, ТТС, в отличие от психологической, религиозной психотерапии, не проходит мимо клинической дифференциальной диагностики (и в том числе подробного изучения характерологических радикалов), а исходит их всего этого и вместе со всем этим способна бесконечно развиваться.

ТТС может серьезно помочь людям со сложной дефензивной душой — с тягостным тревожным переживанием неполноценности, разлаженности-рассыпанности своей личности. Изучая под руководством психотерапевта элементы психиатрии, характерологию, пытаясь выяснить, как все это обнаруживает себя в духовной культуре (в искусстве, литературе, науке, в творческом общении человека с природой, в собственном творчестве и т. д.), дефензивные пациенты открывают себя, других, весь мир как уже в известной мере подготовленные психотерапевты-характерологи. «Вот почему чувствую, думаю так, а не иначе». «Вот почему муж теряется там, где я спокойна, уверена в себе». «Вот почему типичное древнеегипетское искусство так сложно-символически отличается от реалистически-теплого древнегреческого». Такова, оказывается, конкретная природа характеров, рассматривающих-переживающих мир аутистически, синтонно, психастенически, авторитарно и т. д. И остается следовать своей природе, всячески развивая ее, чтобы быть еще больше собою: вдохновенно-творчески расковаться в *своей* общественно-полезной, природной душевно-телесной особенности, в *своей* любви к созвучным тебе людям, животным, растениям, минералам, в обретении *своего* смысла, *своей* задачи в жизни.

Итак, ТТС поможет дефензивам, а другим пациентам сообразно их природной предрасположенности к иному мироощущению, их культурной почве, поможет психоаналитическое погружение в их бессознательное, психологическая терапия личностным ростом, светлое религиозное переживание, религиозное толкование трудностей, трагедий жизни, а то и просто внушение или технические психотерапевтические приемы. Психотерапевты интуитивно

или осознанно выбирают, сами открывают психотерапевтические методы обычно для насущного лечения себя самих, сообразно своей природе, — а заодно подобным образом помогают и пациентам.

Приложение к заметке

Из тетради «Целебные крохи воспоминаний»

Натюрморты

Бывало, восьмиклассником в каникулы сидел дома в дождь. Окно нашей комнаты выходило на дубовую аллею с грачиными гнездами. Дубы — в двух, разделенных асфальтовой дорожкой палисадниках. Асфальт — в серых лужах, и возле самой близкой к окну лужи ползет синяя гусеница. В палисадниках влажная трава и голубые цветки цикория на крепких, как проволока, стеблях. Так трудно сорвать цветок, в отличие, например, от одуванчика. Но от самого слова «цикорий» вкусно пахло домашним кофе. Асфальтовая дорожка ведет к главному красно-кирпичному корпусу больницы Кащенко. Видно его старинное крыльцо с металлической узорной крышей-козырьком. Все тускло-мокрое, на душе заторможенно-тягостно. Думается, вот уже в восьмой класс перешел. И хоть буду теперь носить взрослый галстук (начну, пожалуй, с вязаного зеленого), но ведь уже сколько прожил, уже так меньше осталось, умру когда-нибудь, как и гусеница, грач, цикорий. И тогда я, чтоб развеяться, принимался фотографировать натюрморты. Разложу под настольной лампой катушку ниток, клубок шерсти, ножницы, наперсток, несколько пуговиц, круглых и треугольных, — все из маминой шкатулки. То так положу, то этак, чтоб нравилось своим расположением. Потом другой натюрморт придумываю — из старых книг со спичечными коробками, с синей хрустальной вазой или из кастрюли, хлеба, картофелин.

Теперь знаю, почему так старательно, по-своему все это тогда раскладывал. Это я себя, свой душевный склад укладывал-рассматривал в расположении вещей. И благодаря этому тревожная неопределенность будущего потихоньку ослабевала, отходила. Делалось легче от обретенной определенности своего характера и, значит, своего будущего. Ведь в будущем, в судьбе человека так много связано с характером, который в главных чертах уже в детстве сложился. Я, конечно, не понимал тогда, что пытался фотографическими натюрмортами душевно опереться на свой характер, почувствовать свою долговечность, ощутить, что будущее не темно, а уже примерно знаю, как в каких обстоятельствах буду переживать и действовать. Мои мальчишеские фотографиче-

ские натюрморты — это не только долгая (сколько будут храниться снимки) жизнь всех этих вещей, но и долгая жизнь расположения этих вещей, т. е. характера. Вот что главное. Люди рождаются и умирают своими телами, но надолго остаются душевно, то есть своими душевными особенностями в особенностях всего того, что оставляют после себя, если работают не как машины, а по-своему, творчески. Вообще, по-моему, самое главное слово — особенность.

6 августа 1984 г.
Карельский перешеек

3.6. Терапия духовной культурой (ТДК) (Из «Справочника по клинической психотерапии», 1995) [85)]

Анализируя развитие психотерапии в мире, Вольфганг Кречмер (1982) высвечивает все крепнущие в последние десятилетия тенденции, уводящие психотерапевтов прочь от психоанализа. Это движение «от аффекта и инстинкта — к субъекту, от страдания — к воле, от анализа прошлого — к овладению настоящим, от причин — к жизненным целям, от единичных проблем — к целостной личности, от индивида — к группе, от изолированной терапевтической ситуации — к созиданию в духе, приближенном к жизни, от психологии — к культуре и религии». Таким образом, психотерапия мира становится все более одухотворенной. «Культура проникает в лечебные схемы, — отмечает В. Кречмер, — лечение становится культурной жизнью». Сама собою складывается в современной психотерапии целая область — ТДК, объединяющая разнообразные приемы, методы непосредственного целебного воздействия на пациента духовным опытом человеческой культуры. То есть речь идет не просто о выяснении своих неосознанных конфликтов с помощью, например, спонтанного рисования, не просто о поиске рецептов в библиотерапевтической книге для разрешения своей тягостной ситуации, не просто о смягчении душевной напряженности музыкой, а прежде всего — об увлеченном лечении обогащением культурой, проникновением в культурные ценности для обретения целительного мироощущения, своего собственного творческого и, значит, целебно-вдохновенного пути в Человечестве, смысла своего существования. Духовная культура как царство одухотворенно-индивидуального свойственна только людям, потому что только людям свойственны духовность, творчество: созидание по-своему, в согласии, в соответствии со своей бездон-

ной духовной индивидуальностью. Целебное духовное обогащение осуществляется, прежде всего, созданием творческих произведений, творческим общением с искусством, литературой, наукой, техникой, природой, творческим погружением в прошлое своей семьи, народа, человечества.

Основной, творческий, «механизм» ТДК, как это всегда происходит в психотерапии, неизбежно перекрещивается, соединяется с иными «механизмами» в живой психотерапевтической работе (рациональным, суггестивным, аналитическим, групповым и т. д.). Более или менее углубленно творческий «механизм» работает в психоанализе К. Юнга, в групповой роджеровской психотерапии, в экзистенциально-гуманистической психотерапии, в восточных психотерапевтических ориентациях, но есть методы, направления, в которых творчество является одним из основных «механизмов», составляет самое ядро лечения. Наиболее известные у нас методы ТДК — это **Арттерапия, Музыкотерапия, Библиотерапия, Аретотерапия А.И. Яроцкого, Психотерапия миросозерцанием Я. Марциновского, Психосинтез Р. Ассаджиоли, Синтетическая психотерапия В. Кречмера, Психотерапия увлечениями Ю.А. Скроцкого, Этнотерапия З. Кочовой, М. Хауснера, Позитивная психотерапия Н. Пезешкяна, Ландшафтотерапия, Психотерапия горя Ф.Б. Василюка, Психотерапия скульптурным портретом Г.М. Назлояна, Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно**.

Клинические приемы ТДК у нас нередко обозначаются как приемы, методы эмоционально-стрессовой психотерапии в соответствии с концепцией ***эмоционально-стрессовой психотерапии*** В.Е. Рожнова (1985). Классическое представление Г. Селье о стрессе как «об общем адаптационном синдроме», о живительной, целительной силе «организмических» лекарств повседневного одухотворенного эмоционального стресса, — конечно же, дает основания видеть в понятии «эмоционально-стрессовая психотерапия» клинический (с подчеркиванием биологической основы) подход к лечению благотворным эмоциональным подъемом, к помощи духовным самоусовершенствованием, «возвышающими» (В.Е. Рожнов) душу занятиями (Бурно М., 1981, 1989). Концепция эмоционально-стрессовой психотерапии (суть которой в системе целебного применения душевного подъема [эмоционального стресса] различной сложности и выраженности — сообразно клиническим, личностным особенностям [Рожнов, Бурно М., 1983]) в недавние застойные годы послужила у нас благотворным полем для произрастания многих интересных лечебно-практических исследований та-

кого рода, в т. ч. и в лечении больных острыми психозами (Смирнов, 1985). Однако в последние годы все яснее становится, что термин «эмоционально-стрессовая» не приживается в психотерапии для обозначения лечения духовным «возвышением», культурой. «Стресс» еще сильнее понимается теперь обществом, в основном, как острое и чаще вредоносное напряжение души. В психотерапевтическом смысле «эмоционально-стрессовыми» называют чаще всего различные шоковые приемы эмоционального воздействия в духе кодирования по А.Р. Довженко, не имеющие отношения к лечению духовной культурой.

ТДК в различных своих формах показана прежде всего пациентам с достаточно сложными переживаниями (в т. ч. тревожными, депрессивными), что говорит о душевной тонкости, глубине и, значит, способности целебно воспринимать духовную культуру. Это невротические состояния, психопатии с переживанием своей неполноценности, депрессии, соматические страдания (в т. ч., с самым плохим прогнозом).

*Арттерапия (АРТ)** (англ. *art* — искусство) — лечение изобразительным (прежде всего) творчеством (живопись, скульптура, графика, декоративно-прикладное искусство, творческая фотография и т. п.). Художественным (в т. ч. изобразительным) творчеством целенаправленно помогают душевнобольным в Европе уже с конца XVIII в. Московский психиатр М.Ю. Лахтин (1926) в 20-е годы XX столетия основательно-клинически исследовал «психотерапевтическое влияние художественных трудовых процессов) на невротиков и психопатов в санатории. В США АРТ вышла из психоанализа полвека назад. В настоящее время АРТ распадается на несколько ветвей, однако все это — психологическая психотерапия искусством, творчеством в отличие от клинической терапии творчеством (ТТС).

1. Психодинамическая АРТ. Основывается на психоаналитической символике, на представлениях Фрейда и Юнга о том, что бессознательные переживания обычно легче, нагляднее обнаруживают себя образами, символами в художественном творчестве, нежели словами. Зрительное легче избегает цензора, нежели его вербализация. Основоположница этой ветви АРТ, американский арттерапевт-педагог Маргарет Номберг (Margaret Naumburg) к середине нашего века разработала специальные психодинамически ориентированные обучающие программы для детей по лечению искусством.

* Дабы не спутать с АТ.

Многие арттерапевты прямо не объясняют пациентам художественные символы в их рисунках в группе или в индивидуальных занятиях, но косвенно-осторожно, поощряя свободные ассоциации, побуждают пациентов к целебному осознанию конфликта, изображенного в рисунке, к прозрению (инсайту).

В Германии вместо «арттерапия» чаще используют более широкое понятие «гештальтункстерапия» Э. Биньек — Biniek E., 1982) — «терапия целостными образами» (Gestaltungstherapie). Это, в сущности, психоаналитические занятия, не только изобразительные, но и лечебные образные разговоры, образное писание, пение, выразительные движения тела и т. д.).

2. Гуманистическая АРТ. Исходит из гуманистической психологии. Стала развиваться в США в 70-е годы. Так, Джейн Рин (Jane Rhyne) предлагает участникам гештальттерапевтической артгруппы раскованно действовать с художественным материалом (глина, мелки, краски, клей и т. п.), дабы найти свой внутренний способ самовыражения, творить свою «фигуру» («гештальт»), выбирая значимое для себя из «фона». Например, пациент изображает как гештальт какое-то чувство, преобладающее над остальными, — быть может, чувство гнева или разочарования. Пациент старается таким образом художественно удовлетворить свою потребность, и, если это удается, гештальт завершается, отступая в «фон», освобождая место для нового гештальта. Так, постепенно невротик поправляется, обретая чувства; он теперь все яснее видит очевидное и уже все больше верит своим чувствам, а не фантазиям, искажающим действительность.

3. Эклектическая АРТ. Психоаналитическое прозрение в изобразительном творчестве совершается в системе той или иной психоаналитической символики, концепции. Эклектическая АРТ калейдоскопически соединяет в себе различные психоаналитические, гуманистические, психологические и даже клинико-реалистические положения. При этом арттерапевт нередко и не пытается объяснить художественные изображения пациента (спонтанные или на заданную тему), а довольствуется его собственными объяснениями, полагая, что во всякой искренности есть целебная сила прозрения-осознания.

Библиотерапия (БТ) (греч. *biblion* — книга) — лечебное чтение книг. Еще И.Е. Дядьковский (1836, с. 25) отмечал, что «психическое лечение производится» в том числе «выбором больному предметов для чтения». Как психотерапевтический метод БТ сложилась к 40–50-м годам XX столетия, прежде всего в США. Библиотерапевтическая помощь многообразна.

Часто она служит вспомогательным «мостом» между врачом и пациентом: чтение научных, научно-популярных, художественных книг о своей болезни, характере, дабы не впадать в тревожную панику от неопределенности («что будет со мной?»). Однако часто пациент нуждается здесь в том, чтобы врач объяснил ему прочитанное, увиденное на картинке, сам осмотрел «страшную» родинку и т. д. Истинная БТ относительно самостоятельна в том смысле, что она есть чтение книг, живущих собственной жизнью, т. е. представляющих собою не просто информацию, а живую душу их автора. В таких случаях обычно нет потребности у пациента встретиться с автором, книга нередко представляется даже почему-то более глубокой, нежели ее создатель. Эти (не только художественные) книги созвучны пациенту строем своего авторского переживания и потому дают возможность катарсически отреагировать, почувствовать, осознать себя отчетливее, яснее самим собою. А это часто дает читателю творческое вдохновение с доброжелательностью к людям, уяснение своей жизненной дороги, своего смысла.

Сегодня уже можно говорить о разновидностях БТ.

1. Клиническая БТ. В основе ее — сформулированный Н.А. Рубакиным (1910, 1975) закон Геннекена (Эмиль Геннекен, 1858—1888 — франц. исследователь литературы): «Психика книги» — «это ***психика ее автора***», и «на читателя сильнее всего действуют те свойства автора, которые имеются в том или ином количестве и у самого читателя». В этом смысле не случайно, что, например, психастеническим пациентам особенно лечебно созвучны Баратынский, Чехов, Дарвин, а шизоидным — Гессе, Бердяев, Пастернак. Существо клинической БТ и состоит в поиске пациентом под руководством психотерапевта ***своих*** писателей для познания себя, своих творческих особенностей, своего наиболее верного и, значит, целебного пути в жизни. Здесь, однако, не обязательно совпадение типа характера или душевных расстройств, довольно и серьезных граней созвучия. Клиническая БТ — момент ***Терапии творческим самовыражением***.

2. Педагогическая БТ. Пример. Украинский библиотерапевт Агнесса Миллер (1975) в работе с пациентами опирается, прежде всего, не на созвучие характеров, болезненных переживаний, расстройств, а на созвучие тягостных ситуаций, в которых находятся ее пациент и герой рекомендуемой ему книги. Герой тут справляется с подобной ситуацией и может служить пациенту примером.

3. Психологическая БТ. Пример. Литовский психотерапевт Александр Алексейчик (1985) полагает, что в процессе БТ «те или иные восприятия, связанные с ними чувства,

влечения, желания, мысли, усвоенные с помощью книги, восполняют недостаток собственных образов и представлений, заменяют болезненные мысли и чувства или направляют их по новому руслу, к новым целям». Автор предлагает специальные библиотерапевтически-психологические приемы, с помощью которых возможно так или иначе благотворно воздействовать на чувства пациента. Например, для успокоения полезно читать «Былое и думы» А. Герцена, где описываются «ранние несчастия, не оставившие никакой горечи на душе, пронесшиеся, как вешние грозы, освещая и укрепляя своими ударами молодую жизнь». Неуверенному в себе пациенту предлагается читать воспоминания, письма Л. Толстого, Ф. Достоевского, А. Чехова, «где он видит, что гиганты человеческого духа и мысли так же, как и он, переживали неуверенность и в некоторых областях жизни у него с ними немало общего».

4. Религиозная БТ. Одна из самых известных и тонких сегодняшних библиотерапевтов американская монахиня Арлин Хинс (Hynes A., 1990), соглашается с К. Юнгом в том, что из страдания человека выводит только сознание того, что существует Разум, более сильный, нежели твой собственный, и ты в его власти. Для нее этот Разум — есть Бог, и поэзия (именно само стихотворение, а не его описание) — это «дорога к Божественному». В библиотерапевтических занятиях она бережно «выращивает» в пациентах следующие прекрасные свойства: Духовность (ощущение Бога), Живое восприятие, Проникновение в сущность. Уместность (например, способность находить более точные слова для выражения переживаний). Целостность (гармония с самим собою и с миром), Всеобщность (способность видеть общую картину мира с ответственностью своей перед Землей и Космосом).

Аретотерапия А.И. Яроцкого (греч. *arete* — доблесть) — есть, в сущности, психотерапевтический содержательный, научно обоснованный призыв — нравственно воодушевиться, «проникнуться идеализмом» (идеализм здесь понимается как охваченность идеалами): целебным наслаждением природой, искусством, доблестным общественным служением на основе альтруистического мироощущения. Этот призыв (в духе истинно русского интеллигента) изложен, прежде всего, в работах «Идеализм как физиологический фактор» (1908) и «О возможности индивидуалистического обоснования альтруистической морали» (1913). В статье «О психотерапии при хронических внутренних болезнях» (1917) Александр Иванович Яроцкий (1866–1944), интернист, психотерапевт, писатель, подытоживая свои прежние иссле-

дования «о влиянии высших сторон душевной жизни на возникновение и течение внутренних болезней», утверждает, что «человек живет столько, сколько у него имеется в запасе идеализма», «душевных сил», т. к. «от состояния его душевного мира зависит состояние и степень изнашиваемости его внутренних органов».

Яроцкий, сколько известно, не разработал каких-то специальных практических воодушевляющих пациента арето-терапевтических методов, но целебно-одухотворенное, проникнутое добротой содержание его романтически-материалистических сочинений с яркими примерами из врачебной практики, религии, художественной литературы и мировой истории — бесценный материал для творческого психотерапевта.

Психотерапия миросозерцанием (Я. Марциновский). Германский врач Ярослав Марциновский (J. Marcinowski) в начале века предложил свой метод просветительно-воспитательного лечения нервных больных, существо которого в том, чтобы помочь пациенту проникнуться целительным идеалистическим миросозерцанием. Марциновский (1913), в соответствии с состоянием больного, советует лечить и покоем, и внушением, и гипнозом, и интересными занятиями, однако призывает врача при встрече с нервными состояниями «не упускать из вида желательную конечную цель, хотя бы дело шло о самом незначительном с виду симптоме». Эта конечная цель — ***«создание личности сильной, внутренне свободной и независимой от своей участи», «личности, преисполненной высоких и чистых идеалов и нравственных требований»***. Здесь, как и при **аретотерапии А.И. Яроцкого** (см.) речь идет о целебной охваченности, наполненности идеалами, но не в клинико-материалистическом смысле общественного альтруистического служения, а в истинно-идеалистическом философском понимании. В процессе психотерапевтического воспитания, наполненного живыми, проникновенными беседами с врачом, пациент (хочется уточнить — пациент, предрасположенный к идеалистическому мироощущению) поднимается в душе над своей обиженной «крошечной личностью», видит себя как частицу превосходящего нас целого — частицу своей семьи, своего народа, всего человечества, всего живого вообще, всей Природы. А что же есть в этой мировой жизни личная судьба пациента, в чем ее смысл? В том, чтобы он, покорный «мировой судьбе», ***«идее развития»*** (для которой законы природы — лишь средство), с достоинством нес «свой кирпич для созидания стремящегося ввысь храма всего живого», выполнял «достойную за-

дачу в жизни». И тогда («чувствуя себя живым выражением общей божеской мысли не для того, чтобы потеряться в ее беспредельности, но для того, чтобы найти себя в ней в более чистом и высоком виде») перестаешь с радостной высоты на кого-то сердиться, перестаешь мерить свое страдание меркой «собственных близоруких желаний». «Будь, что будет; в конце концов, это приведет нас к ***свету***, хотя бы и через глубочайший мрак». И уходит нервность, раздражительность, и все телесное улаживается само собой. Вот, например, Марциновский поначалу объясняет пациенту нервность его желудочных расстройств, указывая на их капризность: «Вчера Вы переварили в приятном обществе целую гору майонеза из омаров без всякого вреда, а сегодня Вас убил детский суп». Он, конечно, мог бы «с важной миной» назначить «до мелочей измышленный диетический режим». Но не в этом дело!

Побуждая целебно пациента к идеалистическому, религиозному мироощущению, Марциновский, однако, считает, что «врачебный целитель души» отличается от «религиозного целителя» тем, что «приноравливается» к особенностям отдельных людей. «Из высшего наблюдательного пункта» он видит различные формы мироощущения пациентов как «разные языки». «С одинаковой горячностью» врач должен уметь говорить на этих языках: на языке христианства и свободомыслия, на языке учений древней Индии... Но, когда пациент уверится в том, что понимаем его и тепло к нему относимся, — возможно, указывая ему ошибки и недостатки его личности и мировоззрения, от которых страдает, довести его до «того единого, что все ищут и благодаря чему могут быть устранены все раздоры и ссоры». Таким образом, Марциновский психотерапевтически воспитывает пациента в духе «монистического идеализма», говорящего на языках различных религий. И когда говорит о «светлых вершинах религиозного созерцания», на которые поднимаются его пациенты, то, видимо, как и В. Франкл, полагает, что Бог не так «мелочен», чтобы требовать веры в себя именно в виде какой-то определенной религии. Но уж в отношении «естественно-научного материализма» Марциновский убежден, что его время прошло.

Работы Марциновского, как и работы Яроцкого и других классиков психотерапии, замечательны и тем, что их могут библиотерапевтически изучать пациенты. Если работы Марциновского помогают формированию целебного идеалистического мироощущения у тех, кто к нему предрасположен, то работы Яроцкого хороши для пациентов материалистического склада. И все же помощь сегодняшнего психотерапевта

тут весьма желательна — для живого руководства этой библиотерапией.

Синтетическая психотерапия (СПТ) В. Кречмера (1958, 1963, 1992). Психиатр-психотерапевт Вольфганг Кречмер (Wolfgang Kretschmer) из Тюбингена (1918—1994), обогащенный клинической психиатрической школой своего отца Э. Кречмера, создает на основе собственного опыта концепцию СПТ. Существо ее, прежде всего, в том, что в психотерапевтический процесс синтетически включаются биологическое, психологическое и духовное. Помощь врача простирается от устранения симптома до подготовки к осмысленной жизни. Сразу же следует пояснить, что для В. Кречмера, как одухотворенно-идеалистического исследователя, психологическое (душевное, характерологическое) — это совершающееся, как и природное (биологическое), по определенным правилам, в соответствии с научно установленными закономерностями и закономерно связанное своими особенностями с биологическими (телесными) особенностями. Духовное (личностное, метафизическое) — это то, что «переступает» эти правила, не зависит от строения тела и характера. При этом в рамках СПТ возможно говорить о духовном лишь в философском понимании, т. е. как об уме и воле. Духовное в религиозном понимании — это Святой дух, тепло направляющий человека к добру. В сравнении с этим пониманием, для самого нравственного клинического психотерапевта духовное, личностное есть так же индивидуальное, включающее в себя особенности ума, размышление о себе в мире (самосознание), но нет такой пропасти между духовным и душевным-характерологическим (эмоционально-волевое своеобразие). Духовное своими особенностями так же тесно, неотрывно связано с телом, как и характерологическое (в узком смысле). В основе душевного и духовного — Природа, Материя, развивающаяся сама по себе, по собственным законам, без высшей доброй Цели, стихийно. И она вечна, она есть наша Судьба — в том смысле, что мы не способны переступить ее законы. Для В. Кречмера же духовное вечно, потому что оно есть намерение Бога, пронизывает душевное и телесное и со временем освобождается от душевного и телесного (это нельзя доказать, в это можно лишь верить).

Врач, работающий в духе СПТ, во-первых, верует в стихийную целебную силу Природы как в «процесс психофизического созидания», во-вторых, он обращен к пациенту как к ответственной, творческой, свободной личности и, в-третьих, признает «культурно-общественное пространст-

во, которое, являясь продуктом труда и фактором формирования человека, есть родина человека, защищающая и исцеляющая его». Итак, пронизывающая нашу жизнь культура, без серьезного целебного воздействия которой на пациента невозможна СПТ, — есть родина человека. Религиозная культура может отражать в себе Бога (напр., в религиозной живописи).

СПТ, в отличие от психоанализа, имеет богатейшие истоки в нравственном и научном воспитании, ритуалах, проповедях, молитвах, в телесном и волевом обучении (йога), в зрелом познании, размышлении (санкхья), в дзэн, в гипнозе, терапии средой, в эстетическом воспитании (Гете—Шиллер), глубинной психологии (Новалис—Карус), в мифологии (в понимании Шеллинга).

СПТ показана пациентам с болезненными тягостными переживаниями и одновременно стремлением поправиться («невротические» и некоторые шизофренические расстройства).

В. Кречмер полагает, что «человек вступает в жизнь уже как индивидуальное телесно-душевное образование, а не аморфный ком»; он ограничивается возможностями конституции и не моделируется «сообразно какой-нибудь абстрактной теории (марксистское воспитание, классический психоанализ)», но и не представляет собою «чистый результат некоторого непреклонного природного явления (наследственности, телесных повреждений)». «Основной биологической проблемой психотерапии» является замедление биологического процесса, нарушение созревания. В. Кречмер детально разбирает физические и душевные задержки созревания. Так, при неравномерно задержанном созревании инфантильные побуждения могут переплетаться со взрослыми инстинктивными движениями (напр., человек стремится к женитьбе, но оказывается в ней ребенком). От разногласия биологического и социального возникает конфликт, возможен невроз. Если психоанализ сводит конфликт к надличностным (имеющимся у всех людей) комплексам, то СПТ пытается найти ***«индивидуальную структуру»***, спрашивая: почему этот человек переживает так, а не иначе? Ибо лишь исходя из характера («незрелого характера» в данном случае) может быть понята установка человека, а не наоборот. Характер развивается в борьбе воли с обстоятельствами жизни. Но характер обусловлен и наследственностью, и физическими травмами, и жизненными радостями, и горем. Важно определить удельный вес всех этих обуславливающих элементов в каждом случае, их соотношение — для обоснования лечения (лекарства, укрепление тела, гипноз,

«глубинный анализ характера» и т. д.). «Психологическая терапия» преследует здесь три цели: 1) «освобождение характера», 2) «компенсация характера», 3) «развитие характера». В первом случае (напр., при сильной незрелости) успех возможен лишь при освобождении пациента от трудных для него ситуаций. Но и в работе с более сильными личностями приходится порою освобождать их от «чуждых им жизненных обстоятельств и целей». Компенсация необходима, когда пациент способен благодаря ей перенести непоправимую ситуацию или когда остается смириться со своей психофизической конституцией. Но и в тех случаях, где стремимся к развитию характера, компенсации некоторых «характерологических односторонностей» могут благотворно «расширять радиус характера». Самое сложное — способствовать психотерапевтически ***«динамическому развитию характера»***. В зрелом возрасте, когда ***«естественное»***, «продуктивное» развитие характера завершилось и переделать его трудно (из интроверта невозможно сделать экстраверта, из астеника — стеничного и т. д.), остается только «выравнивать» уже сформировавшуюся характерологическую структуру, «улучшать» установки к определенным жизненным задачам (брак, работа и пр.). Это делается, во-первых, путем ***осознания*** своего состояния (биографическое исследование, анализ сновидений и т. д.) — как ***«собственной конституциональной ограниченности»*** и в то же время «***возможности становления»*** (трансценденции), не зависящей от природных закономерностей. И, во-вторых, при хорошем анализе в движение приводится эмоциональная, волевая жизнь, подталкивается, продвигается совершающийся сам по себе целебный ***«душевный процесс интеграции»***. Созреванию, дифференциации характера способствуют и снижающие напряжение упражнения, гипноз, педагогические приемы.

«Способность к интеграции личности» В. Кречмер считает не естественно-научной, а внеопытной, «метафизической» величиной, без которой невозможна истинно человеческая психотерапия, выходящая «за рамки дрессуры». Ведь это — «***способность порождать специфически человеческое»*** (прекрасное, доброе), «последняя тайна индивидуума». Но «творческое Я», интегрирующее, развивающее личность, зависит и от природных темперамента, характера, которые могут ограничить и даже исключить (если это выраженный телесный или душевный недуг) настоящую деятельность, ***«продуктивность»***. Таким образом, «творческое Я» находится в «диалектическом отношении, простирающемся между ***природным порядком и метафизичес-***

ким»; «только в этом поле отношений возникает «характер» человека в полном смысле». Поэтому с точки зрения СПТ психотерапевтическое воздействие основано на интуиции, и бесцельно пытаться сделать «точно-научными» интуитивные глубинно-психологические методы. Возможно лишь опираться на «некоторые характерные категории и некоторые психологически-динамические правила». Пациент должен познать и пережить, как его природные способности «вливаются» в нравственное и эстетическое творчество. «Общественно-культурное пространство», таким образом, определяет и «самые общие рамки», и цель психотерапии. И если в беседе с пациентом обнаруживаем у него интерес, тяготение к лирике, к какому-нибудь жанру живописи, к определенной религии, то благодаря этому проснувшемуся интересу он может «увидеть перед собой открытыми все горизонты — инстинктивные, метафизические, личностно-продуктивные». Пациент постоянно должен чувствовать-понимать, что природная, телесно-душевная жизнь есть основа, порождающая все духовно-метафизические творения, находящая в этом свой «смысл». По сути дела, В. Кречмер, думается, говорит здесь о том, что Высший теплый, добрый, светлый Смысл пронизывает Природу, порождающую человеческие переживания.

Итак, содержание СПТ составляют три следующих подхода.

1) упражненческий (внушение, гипноз, психотерапевтическая тренировка).

2) самопознание.

3) положительные переживания и творчество.

Последнее конкретно осуществляется в следующих формах.

1. Свободное фантазирование в бодрствующем состоянии или во сне. При этом разбуженные побуждения сообщают о себе в фантастических картинах (в этих картинах может обнаруживаться возможная форма будущих разрядки, развития).

2. Воспоминания радостных событий из прошлой жизни, особенно из детства.

3. Изобразительное творчество (живопись, графика, пластика) — для личностного роста в процессе работы. Здесь следует действовать в зависимости от того, надо ли освободить (разрыхлить) красками, свободными формами чувство пациента или, напротив, укрепить его линиями, точностью фигур и тел.

4. Созерцание произведений искусства. При этом могут быть проявлены личностные особенности, ведущие мысли, и возможно это психотерапевтически использовать.

5. Музыка. Прежде всего — для эмоционального освобождения, улучшения настроения, побуждения к общению. Пение (в том числе, народных песен) должно быть постоянной частью жизни общества пациентов. Пусть будет и естественно-простая, живая, гармоничная старофранцузская музыка и «ритмически-экстатическая» народная музыка Восточной Европы.

6. Поэзия. Прежде всего декламирование или чтение про себя стихотворений. При декламировании пациент: 1) выражает себя, «снимает покров со своих особенностей характера и тренируется общаться с людьми»; 2) учится приспосабливаться среди людей своими эмоциональными особенностями. При декламировании или чтении про себя пациент духовно растет в этой выразительно-личностной сфере — критически или постигая человеческие идеалы, проникаясь ими.

7. Танец. Как культурная форма самовыражения он несет в себе целую терапевтическую программу: 1) содержит магически-суггестивный момент, человек «экстатически теряется в танце», 2) демонстрирует в символах типичные коллективные человеческие ситуации с «эмоционально-витальными акцентами».

8. Драма. В ней психотерапевтически «работают» момент поэтической декламации, тренировка человеческого общения, но основа драмы — в типичной межличностной ситуации. В драме пациент может сыграть то важное для него, что потом легче будет совершить ему в жизни. Именно драма дает возможность по психотерапевтическим обстоятельствам усиливать, сгущать те или иные жизненные положения, переживания. Возможно ставить в больнице силами пациентов и для пациентов отдельные акты пьес, импровизировать сказки. Истинная сказка строга и ясна. Мифологически подлинная, она действует на всех, даже на сегодняшнего человека. «Такая сказка создает идеальный пункт конвергенции для всех глубинно-психологических, общественных и метафизических измерений, благодаря чему перед нами предстает широкий синтетический горизонт».

9. Советы врача пациентам постоянно искать положительные переживания и пробовать себя в разнообразном творчестве, чтобы выразить себя и сделать полезное людям.

В. Кречмер понимает под СПТ психическое воздействие, свободное от каких-то «искусственно-изолированных» методических приемов, систем. СПТ непосредственно обращена к пациенту своей «культурно-общественной сутью, т. е. общечеловеческим аспектом». Думается, что эта свобода от методик, практических приемов объясняется прежде всего тем, что психотерапия для В. Кречмера, как было уже отмечено,

в основе своей интуитивна. И особенно это касается третьего, высшего аспекта-этажа СПТ (лечение положительными переживаниями и творчеством). В этом главное отличие идеалистически-прекрасной СПТ В. Кречмера от клинической, наполненной практическими методиками ***терапии духовной культурой*** (и, в том числе, ***терапии творческим самовыражением***).

Психотерапия увлечениями (хобби-терапия) Ю.А. Скроцкого (1978) — лечебный метод, предназначенный для психопатов-подростков. Основывается на том, что увлечения нередко серьезно влияют на мировоззрение психопатического подростка, благотворно направляя его поведение, развитие, приводя (в удачных случаях) к стойкой компенсации. Беседы с пациентом (с «выражением спокойной заинтересованности») о его увлечениях, досуге (8−10 бесед 1−3 раза в неделю) обычно порождают у все более интересующегося этим общением психопата благотворную неудовлетворенность собой с желанием совершенствоваться в том духе, как предлагает врач. Главная цель метода — не организация досуга пациента, а направленная подготовка его к «будущим возможным увлечениям» и «направленная интерпретация его настоящих увлечений». То есть речь идет о «конструировании в сознании больного символического действующего образа, основываясь на прошлых, настоящих и предполагаемых увлечениях». Настоящий «образ» совмещает, соединяет в себе некоторые «признаки конкретного увлечения» с «избранным стилем поведения». Автор опирается в своих теоретических размышлениях на известный нейропсихологический подход к анализу поведения (Дж. Миллер, Ю. Галантер, К. Прибрам, 1965), основанный на оценке роли в поведении «Образов», возникающих при переработке получаемой информации, и «Планов», строго направляющих активное поведение человека и животных (т. е. выбор программ выполнения этих планов).

Психотерапевтическая работа такого рода с различными типами психопатов (шизоид, истероид, гипертим) имеет свои выразительные особенности.

Этнотерапия З. Кочовой и М. Хауснера (греч. *ethnos* — народ) — метод психотерапевтического воздействия этнологическими (этнографическими) культурными ценностями. Разработан в психиатрическом отделении чешскими исследователями: актрисой, писательницей Зузанной Кочовой (Zuzana Kocova) и психиатром-психотерапевтом Миланом Хауснером (Milan Hausner) (1979). Этнология, как убеди-

лись авторы, обогащает не только фармакологию, но и психотерапию). В настоящем методе переплетены между собой традиционные психотерапевтические элементы-механизмы (групповые, социотерапевтические, арттерапевтические, психодраматические, LSD-психотерапевтические, трудотерапевтические, беседы наедине и т. д.) и новые, этнологические (лечение народными традициями, обычаями, народным искусством и танцами, пантомимой, терапевтическим возвращением [регрессом] в индивидуальное и коллективное детство, лечение древними культурными шаблонами и архетипами). Благодаря всему этому, «на этой почве», этим особым образом пациенты глубже познают себя и легче находят свое место в жизни, в обществе. В людях, живущих вместе с Природой, обычно больше личностной гармонии. Человек верит в Природу, потому что она его кормит, и верит в работу как средство для своего благоустройства в Природе. С давних пор человек прославляет Природу и свою работу. Сообразно движению Природы и культурным традициям год делится на 5 этапов. В каждом этапе — кульминация-празднество с особым символическим значением (смыслом).

1. **Карнавал** — торжество раскрепощения чувств, желаний, потребностей индивидуума, группы, общества.

2. **Пасха** — весеннее торжество, жизнь шагает через смерть, болезни и горе.

3. **Солнцестояние** — празднество подъема-оживления природных и человеческих сил, новых возможностей.

4. **Ярмарка** (освящение храма) — празднество созревания фруктов-плодов человеческой работы.

5. **Рождество** — торжество человеческой любви, доверия к человеку, углубления душевных взаимоотношений в обществе.

Вместе с врачами и их помощниками пациенты участвуют во всех этих празднествах, надевают языческие одежды, разрисовывают пасхальные яйца, поют народные песни, проникаясь духом старины, ощущая в себе целебное звучание своих предков.

Позитивная психотерапия Н. Пезешкяна (ППТ). Носсрат Пезешкян (Nossrat Peseschkian) родился в Иране в 1933 г., живет в Германии с 1954 года. Пезешкян (1990) убежден, что любой человек способен к познанию и любви, т. е. «добр по своей сути». Заглушение этих способностей житейскими проблемами может порождать конфликты, сказывающиеся в депрессии, страхах, агрессии, психосоматических расстройствах. Следует психотерапевтически

оживлять способность пациента к любви, что, в свою очередь, усиливает его способность познавать мир, и наоборот. Надобно принимать людей такими, какие они есть, но важно и увидеть, какими они могут быть, увидеть «их задавленные проблемами способности». Для этого врач ищет позитивное (лат. *positivus* — подлинный, действительный) в их симптомах-жалобах. Так, позитивное в депрессии — способность остро чувствовать, во фригидности — «способность сказать “нет” своим телом», в нервной анорексии — «способность довольствоваться малым», в инфаркте миокарда — «сигнал тревоги», призыв к «гармонизации образа жизни». И т. д. Пошатнув таким образом мнение пациента о себе, возможно перейти от симптома к конфликту. Конфликт исследуется транскультурально: врач разъясняет-показывает, как та же тяжелая проблема, тот же сложный конфликт люди в другое время или люди иной культурной традиции (напр., не западной, а восточной) оценивают совершенно иначе, притом все это тягостное, быть может, постыдное для пациента — там и тогда могло бы быть «даже желательным», «добродетелью». Так у пациента «раздвигаются горизонты понимания мира».

Таким образом, ППТ — есть конфликт-центрированное психотерапевтическое вмешательство на основе транскультуральной модели. Три аспекта ППТ: **1) *позитивный подход*, 2) *содержательный аспект*, 3) *пятиступенчатая целостная помощь***. Эти стратегические ступени суть: 1) ***наблюдение/дистанцирование*** (пациент, по возможности, пишет о том, что для него тягостно, что его ранит и что приятно; высвечивается конфликт); 2) ***инвентаризация*** (при помощи специального диагностического опросника устанавливаются зависимости между конфликтом и подлинными способностями, возможностями пациента); 3) ***поддержка пациента по ситуации*** (он учится теперь искать и усиливать позитивное в своем противнике, чтобы лучше относиться к нему); 4) ***вербализация*** (противники учатся обсуждать возникающие проблемы, наводить мосты друг к другу); 5) ***расширение целей*** (какие выполнимые жизненные задачи были у пациента до его невротической стесненности и какие реальные возможности есть у него теперь и будут потом). Практика позитивного психотерапевта богата притчами и фольклором. Сказания, басни, сравнения, пословицы помогают пациенту взглянуть на себя, на свой конфликт иначе. Пезешкян поясняет дело средневосточной притчей для ППТ. Правитель с ужасом увидел во сне, как выпали все его зубы, один за другим. Вызванный толкователь сновидений объяснил ему, что он потеряет всех своих

близких, одного за другим, как потерял зубы. Разгневанный царь заключил толкователя в тюрьму. Другой толкователь, выслушав этот сон, объяснил его так: повелитель доживет до глубокой старости, переживет всех своих близких. За такое толкование он был щедро награжден. Удивленным придворным пояснил, что в жизни важно не только то, о чем скажешь, но и как это скажешь.

В рамках ППТ, как полагает Пезешкян, возможно практически работать аналитически, гипнотически, групповыми приемами — в транскультуральном (пронизывающем различные культуры) преломлении. Возможно сочетать все это психотерапевтическое с лекарствами и физиотерапией.

Ландшафтотерапия (ЛТ) — лечение общением с пейзажами (ландшафтами). О целебном общении с пейзажами врачи писали уже в начале XX столетия. Так, в «Путеводителе по Крыму» А. Безчинского (1902) д-р В. Н. Дмитриев пишет, что «для самого слабого, переутомленного, истощенного организма нельзя и придумать ничего лучшего», как смотреть на «чудные картины» природы. А.И. Яроцкий (1908) отмечал, что целительный «запас идеализма» прежде всего зависит от «способности любить и наслаждаться окружающей природой» — «вечерней или утренней звездой», «постоянно меняющимися формами и красочными оттенками облаков», «моховым болотом»...

Особый метод ЛТ на курорте разработали украинские психотерапевты А.Т. Филатов, А. А. и В.К. Мартыненко, В.М. Паламарчук, В.Г. Кравцов (1983). Поначалу выясняются особенности отношения каждого пациента к ландшафтам («ландшафтотерапевтический» анамнез), обсуждаются в группе художественные изображения различных пейзажей, различное к ним отношение пациентов. Это важно для формирования лечебных групп. После беседы о пользе, механизмах ландшафтотерапии пациенты в течение 4—5 дней обучаются приемам аутогенной тренировки, самовнушения и приступают уже во время прогулок к занятиям по активному и пассивному восприятию ландшафта. В начале занятия психотерапевт обращается к пациентам с прочувствованными словами. Вот некоторые из них: «Я созерцаю деревья, кустарники, цветы, вдыхаю свежий воздух, слышу ровный и спокойный шелест деревьев. (...) А теперь остановимся на лужайке. (...) Посмотрим вдаль. Простор радует глаз. (...) Как глубока даль простора, так глубоко и прочно чувство покоя и уверенности в себе, в своих силах и умении управлять собой. (...) Я созерцаю глубину голубого неба, вселенной. (...) Созерцание ландшафта, где бы я ни был, быстро

будет меня успокаивать — как здесь, так и дома; как на прогулке, так и на работе». Пациент ежедневно сам повторяет эти общие формулы, стараясь их прочувствовать, и одновременно получает формулы «дифференцированной ландшафтотерапии» — «в зависимости от нозологических групп и индивидуальных особенностей». За несколько дней до выписки пациент дважды в день тренируется за пределами санатория, дабы учиться лечебно переключаться на непривычный ландшафт, а перед сном уже переносится воображением в ландшафт родных ему мест. В письменном отчете пациент подчеркивает, что именно ему хорошо удалось в этом курсе ландшафтотерапии.

Основным «механизмом» ЛТ авторы считают усиление указанным психологическим методом физиологического действия природы на человека (лучи солнца, голубое небо, зеленые листья, запахи цветов и т. д.). Это происходит благодаря осознанию пациентом действия ландшафта на организм человека, содержательной лечебной информации по этому поводу, воспитанию «лечебного восприятия» природы. Благотворно участвуют в ЛТ и механизмы косвенного внушения, самовнушения.

3.7. Об основном целебном «механизме» Терапии духовной культурой (1995) [86)]

Работает ли психотерапевт клинически или психологически (в широком смысле), пытается ли помогать себе средствами души сам страдающий человек, — в действие приводятся, в сущности, одни и те же конкретные психотерапевтические механизмы. «Механизм» — грубое здесь, отдающее железом слово, но у меня другого нет. Вот эти механизмы: суггестивный, гипнотический, тренировочный, рациональный (когнитивный), активирующий, групповой, поведенческий, аналитический, телесно-ориентированный и, наконец, механизм целебного воздействия духовной культурой. Механизмы эти благотворно перемешиваются в психотерапевтической практике, но в различных психотерапевтических методах преобладает обычно какой-то из них. И в Терапии духовной культурой тоже преобладает свой особый целебный механизм.

Терапия духовной культурой есть, во-первых, лечебное воздействие на человека духовными ценностями (художественными и научными — независимо от того, являются ли эти творения подлинными произведениями искусства или науки). Во-вторых, это — особое общение с природой,

с людьми, особое погружение в прошлое и путешествия. И, в-третьих, — создание творческих произведений (они могут и не быть истинными произведениями науки и искусства). В то же время, например, психоанализ спонтанной живописи пациента, вскрывающий какие-то бессознательные его конфликты, вряд ли сюда имеет отношение: он разыскивает эти конфликты-проблемы вне, «мимо» конкретной полнокровно-цельной личности, являясь разновидностью аналитической психотерапии с помощью кисти и красок. Но если это же спонтанно-красочное творение помогает автору вдохновенно почувствовать себя собою — это уже лечение духовной культурой. Оно чувствуется-видится особенно отчетливо в экзистенциально-гуманистической психотерапии (Эрих Фромм, Карл Роджерс, Абраам Маслоу), в психосинтезе Роберта Ассаджиоли, в синтетической психотерапии Вольфганга Кречмера и, думается, в нашей терапии творческим самовыражением.

В чем же состоит основной, специфический механизм терапии духовной культурой? Не в разъяснении, не в сообщении пациенту какой-то информации, не в групповом воздействии, хотя все это, как и многое другое, непременно участвует в терапии духовной культурой. Специфический же механизм, объединяющий единым корнем лечение общением с музыкой, живописью, архитектурой, лечение созданием творческих произведений и т. д. — ***есть целебное оживление духовной индивидуальности, то есть терапевтическое творческое (креативное) переживание-вдохновение***. Именно при составляющей существо творчества светлой, содержательной встрече с самим собою ослабевают или уходят тоскливая напряженность, страхи, навязчивости, неприятные ощущения — все то тревожно-депрессивное, что кормится переживанием разлаженности-неопределенности, рассыпанности своего «я», тягостно-аморфным чувством своей неполноценности. Именно благодаря тому, что, например, акварельный пейзаж или романс являют собою живую душу художника, оживляется этой живописной или музыкальной индивидуальностью индивидуальность тревожного, депрессивного пациента. Это отчетливо обнаруживается в случае их духовного, характерологического созвучия. Вдохновляет, однако, и личностное соприкосновение с противоположным тебе по складу человеком — если не благодаря каким-то общим, созвучным граням, то чувством прекрасной противоположности своей, побуждающей по контрасту быть собою. Так восхищенно тянулся к Пушкину Лермонтов, будучи совсем иным по своему складу.



Творческое общение с искусством, природой, прошлым, как и создание творческих произведений, невозможно без духовной индивидуальности того, с кем все это происходит. Например, невозможно для потерявшего себя, глубоко деградированного алкоголика. В депрессии же человек не опустошается духовно, а лишь на время разлаживается, но и одновременно усложняется-углубляется в своем страдании, делаясь (до определенной глубины своего расстройства) еще более предрасположенным к творчеству-лечению депрессии. Человек вообще интересен, волнует нас именно своей индивидуальностью. Пожилая одухотворенная женщина признается, что не испытывает к своему мужу, поблекшему личностно от тяжелого инсульта, прежнего живого, сложного чувства: «Я, конечно, буду о нем заботиться, мне его жалко, но это уже не он». Мы так часто не чувствуем индивидуальность как главное наше богатство, пока не увидим у другого ее пропажу. Ведь только индивидуальность имеет подлинный смысл. Все остальное — лишь материал, справочники, обезличенные техники.

Духовную индивидуальность в соответствии с определенным природным мироощущением возможно чувствовать в себе и в другом как искру, черточку Бога, Гармонии, воспринятую телом-приемником. Или человек чувствует тело со всеми его особенностями как источник духовной индивидуальности, непосредственно не существующей без тела, но способной задержаться в мире людей, например, в письме к товарищу, в каком-либо рисунке.

Итак, основной, специфический механизм терапии духовной культурой есть оживление самого человеческого в человеке — духовной индивидуальности, то есть механизм творческого самовыражения (креативный механизм). При клинической терапии духовной культурой этот механизм приводится в действие в соответствии с клиническими особенностями, включая сюда и особенности личностной почвы — аутистические, психастенические и т. д. Самоактуализация, личностный рост понимаются-чувствуются здесь не как переживание вечной Гармонии, Бога в душе, а как Природное творческое вдохновение, то есть особенностями своими отвечающее особенностям своего источника — изначальной человеческой природы (аутистической, психастенической и т. д.). Это чувство характера в творчестве может быть важно, впрочем, и для многих пациентов идеалистического (аутистического) душевного склада (природы), с уважительным вниманием изучающим конкретного человека (и себя) как сложный телесно-характерологический приемник вечного бесконечного прекрасного Духа, правящего миром. Но в любом случае, пишем мы или рисуем, или

общаемся с творческими произведениями других, только личностное, творческое движение души при этом действует серьезно психотерапевтически, сообщая нам светлый смысл, путь в мире людей и природы.

3.8. Терапия творческим самовыражением: клиническая терапия творчеством, духовной культурой (1999) [119)]

Терапия творческим самовыражением (ТТС), сколько могу судить как автор метода, все тверже становится на ноги. Последователи мои (врачи, психологи, арттерапевты) у нас и за границей разрабатывают разнообразные (в том числе психопрофилактические, психогигиенические) варианты метода в психотерапии, психиатрии, наркологии, терапии, педиатрии, дерматологии, эндокринологии, онкологии, защищают диссертации о ТТС (к примеру, Поклитар, 1990; Джангильдин, 1990; Токсонбаева, 1990; Романов, 1991; Иванова, 1994; Некрасова, 1996; Благовещенская, 1997; Бреева, Фролова, 1997; Воробейчик, Зайцева, 1997; Гажий, Нерсесян, Поклитар, Старшинова, Филюк, Штеренгерц, 1997; Добролюбова, 1997; Гоголевич, 1998; Зуйкова, 1998, Махновская, 1999). Сложилась школа ТТС. Отовсюду тянутся в нашу кафедральную амбулаторию (кафедра психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования, Москва) пациенты с просьбами помочь им нашими способами. Метод в последние годы в своих уже не-терапевтических (в строгом смысле) формах работает и в России, и в других странах, в педагогике, школьной психологии, изучается философами, филологами, культурологами (Ян, 1990; Белянин, 1996; Поклитар, Орловская, Штеренгерц, 1996; Ян, Штеренгерц, Поклитар, Катков, Воробейчик, Бурчо, 1996; Конрад-Вологина, 1997; Петрушин, 1997; Руднев В.П., 1997; Polis, 1993). При всем этом ТТС не есть чужеземный метод, приспособленный к россиянам. Он свой, отечественный, до мозга костей. Вышел из наших российских обстоятельств жизни, душевных особенностей и переживаний россиян, из нашей культуры и природы.

1. О клинической терапии духовной культурой

Это — сегодняшняя необъятная уже область психотерапии, в которой все (включая и обстановку психотерапевтического пространства) направлено прежде всего к самому человеческому в человеке — к нашей более или менее выраженной способности погружаться в состояние целительного

творческого вдохновения, личностного светлого переживания (Kretschmer W., 1982; Бурно М., 1995). Именно креативность («творческость»), содержательно оживляющая, одухотворяющая индивидуальность творящего и невозможная без нее, есть, думается мне, основной психотерапевтический «механизм» Терапии духовной культурой (Бурно М., 1995). Таким образом, когда говорим о креативном психотерапевтическом механизме, речь идет не об аналитически-интеллектуализированном (следовательски-поисковом), не о суггестивно-гипнотическом, не о когнитивно-поведенческом, разъяснительно-рациональном, а именно о личностно-творческом, духовном воздействии, оживлении, открывающем в душе целительное содержательное творческое вдохновение как свой светлый смысл, любовь, свой уникальный путь. Другие названия Творческого вдохновения, по-разному постигаемого, в зависимости от того или другого религиозно-психотерапевтического, экзистенциально-гуманистического подхода суть, например, Сатори (Судзуки), Свобода (Фромм), Самоактуализация (Маслоу), Спонтанность (Морено), Личностный рост (Роджерс), Психосинтез (Ассаджоли), Смысл (Франкл). В психологическом (идеалистическом) понимании-переживании творческое вдохновение есть изначально существующее духовное светлое богатство, ниспосланное в нас (в наш природный приемник Духа), как посылается верующему Благодать. От Благодати, предполагаю, по существу, трудно отличить все эти перечисленные понятия-состояния. А в одухотворенно-клиническом, естественно-научном понимании-переживании этот нематериальный духовный свет (творческое вдохновение) ясно-отчетливо (так чувствуется многими реалистами по природе) происходит из собственного природно-телесного источника — без ощущения посылаемости свыше, ощущения независимости моего духа от моего тела (нередко это так чувствуется даже и в старости).

Указанное есть, по-моему, глубинная основа отличия клинической психотерапии от психотерапии психологической. Клиницист-реалист ощущает человека как материально-природно-телесный источник организмических и душевных, характерологических реакций, самых нежных поэтических, духовных движений, тонких и грубых психопатологических расстройств, — источник, на который так или иначе влияют разнообразные воздействия извне и изнутри него самого, способные его не только исцелить, но и иссушить, разрушить. Остается врачу-клиницисту (в том числе, и в психотерапии) по-гиппократовски постигать стихийную защитно-приспособительную работу Природы, пытаясь помогать ей

совершеннее защищаться от болезнетворных воздействий. Этим проникнута мировая классическая клиническая медицина и клиническая психотерапия как ее часть. Да, дух человека нематериален в том числе и для диалектического, одухотворенного клинициста. Но для клинициста (естественно-научно мыслящего специалиста, диалектического материалиста) дух несет в себе отчетливый след своего материального происхождения в виде «схваченности» своей клиническими, физиологическими закономерностями, хотя и в «снятом» виде. Поэтому клинический психотерапевт и начинает работу, как всякий клиницист, с дифференциально-диагностического изучения клинической картины, в которой видит сложную защитно-приспособительную работу природы, подсказывающей ему, в чем и где она, природа, сама не справляется и просит врачебной помощи (Бурно М., 1993). Для успеха дела в трудных лечебных случаях, по-моему, необходимо психотерапевту-клиницисту скромно и восхищенно вжиться в эту «волшебно-мудрую» и в то же время по-земному ограниченную работу природы, отраженную в клинической картине (включая в эту картину и «почву», конституцию, характер), — тихо-восхищенно вжиться, дабы творческое вдохновение клинического опыта подсказало пути наилучшей помощи Природе и, значит, пациенту. Для одухотворенного клинициста-реалиста Тайна Бытия состоит в том, что все равно никогда всего знать не будем (путь к Абсолютной Истине бесконечен), всегда, в чем убежден, будут благотворно дополнять, обогащать друг друга материалистическое и идеалистическое мироощущения. Материалисты и идеалисты не опровергнут друг друга доказательствами никогда, поскольку «само соединение духа и тела в одно, как именно это происходит, где и в чем тут граница между телом и духом, — все это есть великая, вечная Тайна» (Бурно М., 1999, с. 289). Именно торжественная убежденность в том, что любой человек, в отличие от какого-либо технического инструмента, уникален-неповторим, что никогда никто не познает мир до самого конца, как ни странно, способствует тонкости, точности клинической диагностики и связанного с ней клинико-психотерапевтического воздействия.

Одухотворенно-восхищенное переживание мировой тайны, таким образом, может быть и не-идеалистическим, нерелигиозным. Вспоминаю лекцию Карла Роджерса в нашей стране (25 сентября 1986 г.), как спросили его из зала, возможно ли его прекрасными психотерапевтическими способами в каждой душе вырастить розы. Ведь даже у самого заботливого садовника может вырасти и чертополох тоже. Роджерс, светящийся внутренней, глубинной мудростью, на пороге

своей смерти (по возвращении в США, как это стало вскоре известно) ответил: «Все-таки я всякий раз верю, что вырастет роза». Клиницист лишен такой высокой веры. Он убежден, что без желудя дубок не вырастить и совершенно разные необходимы способы ухода за дубком, березкой, сосенкой, хотя, может быть, и по-своему нежно-поэтические. Но появление на свет крохотной березки может очаровать его как чудо. Именно этим отличается «приземленная» клиническая терапия духовной культурой от психологической, разнообразно светлой экзистенциально-гуманистической психотерапии, например, Фромма, Маслоу, Роджерса, Ассаджоли, Франкла. Терапия творческим самовыражением, в сущности, есть клиническая терапия духовной культурой. Сегодня она еще малый, но все же крепкий островок в психотерапевтическом экзистенциально-гуманистическом море.

2. Пять клинических ипостасей (смыслов) Терапии творческим самовыражением

1) ТТС — сегодня чаще работа с довольно тяжелыми пациентами (психопатические, шизотипические, депрессивные, деперсонализационные расстройства — в том числе с алкогольными, наркоманическими, токсикоманическими наслоениями). Такие патологические расстройства есть, без сомнения, «*клинические* случаи». В разделе «Показания и противопоказания к ТТС) даю полный список таких расстройств.

2) Психотерапевт в ТТС, как и любой клиницист, исходя из клинического мироощущения, соотносит свои достаточно тонкие-сложные, человечески-одухотворенные лечебные воздействия с не менее сложной и одухотворенной (нередко) *клинической* картиной. Даже в глубинных, потаенных переживаниях пациента врач усматривает клинику духа, то есть память духа по своему телесному происхождению в виде знакомых ему из соматологии таких общеклинических закономерностей, как патогенетически обусловленный совместный бег психопатологических симптомов в синдроме, усложнение синдрома, негативные и позитивные (продуктивные) расстройства и т. п. (в том числе характерологические, личностные) проявления защитно-приспособительной жизни организма. Все это составляет и содержание конкретной клинической картины, и вообще содержание физиологии, патологии, тесно связанных между собою изначальной природной тягой-способностью приспособления, дабы выживать из трудностей, горестей жизни. Этим сложно-волшебным, но не всегда совершенным (стихийным) попыткам природной защиты клиницист и подсобляет, стараясь, по возможности

поменьше ей вредить, то есть поправляет Природу, благодарно чувствуя и себя самого частицей этой высокоорганизованной стихийно-мудрой и в то же время несовершенной Природы. Уместно здесь сравнить это мироощущение клинического психотерапевта с мироощущением экзистенциально-гуманистических, феноменологических врачей, нередко понимающих *естественность* своего лечебного дела в духе Курта Гольдштейна. Гольдштейн рассматривает всякое врачебное решение как «покушение на свободу» пациента: дело не в «причинно-обусловленных связях», а в том, чтобы помочь пациенту, в союзе с ним, «достичь состояния, наиболее соответствующего его внутренней сущности» и покориться ей, даже если эта «внутренняя сущность» (по сути дела Высшая Целесообразность) заговорит о самоубийстве (Гольдштейн, 1933)*.

3) В ТТС пациентам лечебно преподаются элементы *клинической* психиатрии, характерологии, психотерапии, естествознания, но не сухо, а в разноцветном пламени разнообразного творческого самовыражения.

4) ТТС *клинически* (дифференциально-диагностически) предназначена (серьезно помогает) прежде всего для разнообразных психопатических и эндогенно-процессуальных пациентов с болезненными дефензивными расстройствами (с переживанием своей неполноценности). Даже в тех случаях, когда метод работает психопрофилактически, психогигиенически, в школьной психологии, педагогике, — успех его значительно выше в случаях «дефензивного здоровья».

5) Клиничность ТТС (в широком смысле) сказывается и в том, что она сообразуется с тревожно-реалистическими, дефензивными национально-психологическими душевно-телесными особенностями многих российских пациентов, с особенностями российской культуры и природы, то есть со всем тем, из чего постепенно формировалась-выплеталась.

3. Существо метода

Существо ТТС, как уже вскользь упомянуто выше, состоит в целебном преподавании пациентам или здоровым людям с душевными трудностями элементов психиатрии, характерологии, психотерапии, естествознания в процессе разнообразного творчества (в индивидуальных встречах с психотерапевтом, в группах творческого самовыражения

---

* Конечно же, клиницист-реалист говорит о несовершенстве Природы только со своей, клинико-материалистической точки зрения — с точки зрения многих миллиардов людей, спасенных во все времена клинической медициной от верной смерти.

(в психотерапевтической гостиной), в домашних занятиях (домашнее задание), в реалистическом клинико-психотерапевтическом театре) — с целью помочь научиться творчески (то есть по-своему) выражать себя сообразно своим природным особенностям. Так, под руководством психотерапевта изучаются у себя, товарищей по группе, по воспоминаниям современников у известных художников, писателей, ученых — хронические депрессивные, навязчивые, деперсонализационные расстройства, характерологические радикалы, изучается существо основных психотерапевтических подходов, изучаются (хотя бы в рамках школьной программы) конкретные растения, насекомые, минералы, прежде всего окружающие нас, дабы научиться выражать к ним свое личностное отношение и т. п.* В творческом (то есть с постоянным поиском себя) общении с произведениями литературы, искусства, науки, в творческом общении с природой, прошлым человек примеривает свои душевные, духовные особенности, свое мироощущение к мироощущению известных творцов. Мы здесь неустанно отмечаем, что занимаемся не искусствоведением, не литературоведением и, не будучи специалистами, не можем судить о силе таланта, например, известного художника, но нас интересуют его душевные трудности-особенности, его характер, все то, что осталось в воспоминаниях о нем, его письмах и т. д. и теперь проступает в его творчестве и делает его творчество таким, какое оно есть. Нас интересует, как именно, в соответствии со своими особенностями, он выражал себя творчески, дабы, может быть, поучиться у него в случае, если как-то душевно похож на него**. Следует отметить, что такое невольное сравнение себя с известными творцами само по себе психотерапевтически оживляет, укрепляет дефензивную душу.

* В настоящее время основными нашими психотерапевтически-учебными пособиями для пациентов являются две мои книги — «Трудный характер и пьянство» (1990) и «Сила слабых» (1999). Выходит сейчас в стране немало отечественных и переводных психиатрических работ для пациентов. Конечно, их следует внимательно, осторожно отбирать. Например, содержательная, доступная статья О.П. Вертоградовой о депрессии (1997) может быть смело рекомендована нашим пациентам для изучения с благодарностью автору.

** Как это, кстати, и принято в профессиональном обучении живописи, музыкальному исполнительскому творчеству. Созвучный своей душой ученику мастер помогает ученику своим примером нащупать свои тропы в творчестве, оставаясь в целом неповторимым собою. В связи с этим понятно, какое серьезное значение имеют для ТТС разнообразные патографические работы. Лучшие из них есть своеобразные учебно-лечебные пособия, помогающие пациенту войти в целительное творчество по примеру знаменитого созвучного страдальца.

Все, что происходит в ТТС, служит более подробному и глубокому познанию себя и других, открытию для себя своих и чужих ценностей, слабостей.

Клинико-психиатрическое изучение истории мировой духовной культуры не оставляет сомнений в том, что поистине значительные творческие открытия совершаются больными душами (в широком смысле). Подлинное творчество есть всегда лечение насущным поиском себя, своего пути в тягостной «каше» болезненных расстройств настроения, переживания ускользания своей самособойности, переживания своей личностной неполноценности и бессмысленности существования в связи со всем этим.

Итак, главная цель ТТС состоит в том, чтобы помочь страдающим своей неполноценностью изучить особенности, прежде всего, своей природы, души, найти сообразную им свою тропу, свой смысл, свою любовь. Словом — свое творческое вдохновение, свойственное психастенику, аутисту, депрессивно-деперсонализационному и т. д. Определенный характерологический (психастенический, аутистический и т. д.), депрессивный, тревожный и т. д. образ духа не отменяет личностной уникальности, неповторимости, подобно тому, как остаемся уникальными, неповторимыми в природе мужчины или женщины, юноши или старика.

Несколькoлетняя ТТС нередко помогает обрести более или менее стойкое творческое вдохновение как стиль жизни и творческие приемы самопомощи, надежно смягчающие ухудшение. Врожденная патология характера, хронические душевные расстройства, не зависящие от нас неприятности жизни при этом, понятно, не исчезнут, но несравненно легче станет их самостоятельно преодолевать, сделавшись в известной мере психотерапевтом для себя самого, обретя почти постоянную готовность к творчеству, творческому вдохновению. Впрочем, и внутренние ухудшения состояния делаются при этом обычно слабее и реже. Утратить приобретенное в ТТС серьезное улучшение, целебное творческое мироощущение возможно лишь в том же смысле, как утратить полученное университетское образование.

Если дефензивные пациенты природой своей не были предрасположены к естественно-научному, клиническому мироощущению (как, кстати, очень многие пациенты Запада, в том числе, Прибалтики), им обычно тем не менее были интересны и полезны наши занятия, поскольку помогали найти помощь себе в ином, своем: в экзистенциально-гуманистической психотерапии, в идеалистической философии, в психоанализе, в религии. Подавляющее же большинство наших российских дефензивных пациентов

(прежде всего, шизофренические, шизотипические пациенты, психастеники, астеники, циклоиды, многие шизоиды) приняли и принимают ТТС как свое, родное, национальное. Они отмечают, что это все не «техники», не «методики», а лечебная, нравственная школа жизни, сама наша «интенсивно-целебная жизнь», наполненная теплым светом, искренностью, российской культурой и природой, постепенно открывающая им духовные творческие ценности их болезни или тяжелого (прежде всего, для себя) характера.

Все это так — и для самых тяжелых наших неврозоподобно-сложных эндогенно-процессуальных больных. Такова, например, пациентка Е.А. Добролюбовой (1996), молодая женщина, психолог психиатрической клиники («волею судьбы» она знает свой диагноз), основательно, в течение нескольких лет «прочувствовавшая» ТТС. В своей довольно стойкой малообратимой ремиссии она пишет, что вылечить шизофрению, остаться без нее — это остаться «без того, что есть произведения Гоголя, М. Булгакова, Зощенко, Цветаевой, А. Грина, М. Волошина, В. Хлебникова, Батюшкова, Врубеля, Чюрлениса, Стриндберга, Сведенборга, Гойи, Дюрера, Сезанна, Ван Гога, Гёльдерлина, Ж.-Ж. Руссо, Шумана, Новалиса, Гофмана, Рильке, Кафки, Селинджера, Паскаля, М. Пруста, Шопенгауэра, всех не перечислить». «А если не лечить? — продолжает пациентка. — Я имею в виду медикаментозно. И не опасные острые состояния. О себе могу сказать, что, когда есть внешние условия, позволяющие мне быть самой собой, я в лекарственной помощи и психотерапевтических техниках не нуждаюсь (о терапии духовной культурой разговор особый: она есть сама жизнь; да и просто нравственное отношение друг к другу, по-моему, тоже психотерапия, и она необходима и естественна всегда). Лекарства перестала пить давным-давно — тогда, когда почувствовала, что они мешают мне идти к самой себе, мешают думать, чувствовать, жить полноценно, от души, искать свою творческую дорогу, когда подумалось, что заболею от них еще больше, уйдя из жизни в хронический сон, ведь не он — здоровье. Верилось: если бы организму была нужна химическая опора, он бы против нее не восставал. (...) Если бы мне повстречался новый Пуговичник* — с плавильной ложкой для людей без ясного, своего склада души и предложил переплавиться в любой из известных типов характера, оправдалась-отказалась бы — шизофрения тоже работает творчески. И тому — бессчетные

* Имеется в виду Пуговичник из драматической поэмы Ибсена «Пер Гюнт».

свидетельства в науке, литературе, искусстве. Да, хочу быть тем, для кого до сих пор существует лишь одно — презрительно-пренебрежительное название — шизофреник, хочу быть самой собой, потому что чувствую, понимаю и есть объективные доказательства, что *именно такая* я *нужна*. Прошу только о нравственной, понимающей человеческой поддержке по временам» (с. 31—33). В одной из своих последних работ Е.А. Добролюбова (1997), продолжая исследовательски углубляться в целебно-творческие ценности описанного ею «полифонического», «шизофренического “характера”», пишет об особом здесь характерологическом радикале — об «абсолютной детской нестандартности»*, «родниково-чистом мироощущении» «полифонистов», без которых невозможно увидеть и показать «ту действительность, которая открывается в их творчестве». «К тому же “взрослые” радикалы (в мозаике характерологических радикалов «шизофренического “характера”» — *М.Б.*) способны видеть “соседа” — ребенка, их можно научить маскировать его там, где он может оказаться лишним» (с. 21).

Пациент В., 35 лет, по специальности редактор, страдавший особенно с 14 лет тягостной эндогенно-процессуальной дефензивностью-депрессивностью, по временам усугублявшейся до отчаянного переживания беспомощности-безысходности, неоднократных нешуточных суицидальных попыток, написал, при всей свойственной ему едкой ироничности, искренний и благодарный отчет о своем серьезном улучшении через 2—3 года работы в ТТС. Привожу здесь часть отчета В., с его разрешения. Кстати, В. сделался в ТТС незаурядным поэтом. «Во мне вечера в психотерапевтической гостиной произвели настоящий без преувеличения мировоззренческий переворот. Аморфное душевное состояние, вызываемое сильной депрессивной деперсонализацией с потерей своего эмоционального “я” и дезориентацией в окружающей действительности после двух-трех лет еженедельных занятий у М.Е. Бурно уступило место новому, неведомому для меня раньше состоянию, явившемуся следствием подробного знакомства с самим собой, с “механизмами” своего душевного расстройства; с типами мироощущений, свойственных людям с различными характерологическими радикалами. Моя духовная индивидуальность, которая была даже не стерта, а просто вообще не была сформирована вследствие непрерывно продолжавшегося (в течение 17-ти лет моей жизни) депрес-

* «Абсолютностью» эта детскость-юношескость отличается от инфантилизма-ювенилизма взрослых истериков.

сивно-деперсонализационного “прессинга”, в период первых 2—3 лет лечения методом ТТС “проросла”, как зерно, попавшее в плодородную почву, и сейчас я чувствую себя совершенно сформировавшейся личностью, со своим отчетливым “выстраданным” мировоззрением, которое в свою очередь позитивно повлияло и на мое прежде очень болезненное, обусловленное врожденным душевным недугом мироощущение. Прежней дезориентации в жизни нет и в помине. Существенно дезактуализировалось и дефензивное переживание собственной неполноценности, поскольку в процессе ТТС проявились сильные стороны моей натуры, прежде нивелировавшиеся душевным “онемением”. Понял ответы на многие важные для меня вопросы не только мировоззренческого, но и бытового уровня, которые до знакомства с терапией творческим самовыражением казались мне совершенно неразрешимыми.

Улучшения душевного состояния, порой радикальные, происходят, естественно, не только со мной, но и с большинством людей, посещающих группы творческого самовыражения в психотерапевтической гостиной, о чем достоверно знаю из разговоров с этими людьми и из собственных моих наблюдений над ними».

Еще лет 10—15 назад я, дабы не ранить эндогенно-процессуальных пациентов, старался уходить в беседах с ними от диагностического обозначения их страдания. Е.А. Добролюбова помогла нам всем здесь выразительными описаниями богатств «шизофренического характера», самим его обозначением как характера «полифонического» (Добролюбова, 1996). Обсуждали и обсуждаем мы теперь в наших встречах-беседах с пациентами в гостиной не только шизоидов, психастеников и других психопатов, но и «полифонистов». Мало-помалу многие эндогенно-процессуальные пациенты прочувствовали-осознали себя именно полифонистами и первые стали смело рассказывать об этом врачам, психологам в лечебных группах и на моих лекциях и семинарах-демонстрациях, подчеркивая волшебные ценности полифоничности и необходимость постижения, понимания этих ценностей: возможности видеть мир, события, людей нестандартно, одновременно — с самых неожиданных сторон, как бы изнутри, как Дали, Филонов. Пациенты научились следить за повседневным движением своего характера и, в зависимости от преобладания в данное время того или другого характерологического радикала в собственном полифоническом складе, отвечать этим радикалом сегодня созвучием Паустовскому, завтра Чехову и т. д. «Я знаю теперь, — говорит А., 55-ти лет, — что не просто опустошился душев-

но, когда не идет в меня Паустовский. Просто у меня сейчас этот радикал спрятался, отвернулся, надо попробовать читать других — Чехова или Бунина. И так же — со всеми бесконечно иными творческими делами, например, общением с людьми, природой в самом широком смысле. И в создании творческих произведений мне важно быть именно полифоническим самим собою».

4. К истории Терапии творческим самовыражением

История клинической терапии духовной культурой, известные в мире клинические и неклинические методы терапии творчеством (Creative therapy) уже довольно подробно обсуждались и в работах на русском языке (Бурно М., 1981, 1989, 1995; Рудестам К., 1990). Здесь поначалу попытаюсь кратко осмыслить-изобразить то европейское клинико-психотерапевтическое поле, в котором проросла ТТС.

Любой клинико-психотерапевтический не-технический метод, обращенный к личности пациента, психагогичен в понимании Артура Кронфельда (1924) и Эрнста Кречмера (1926), то есть несет в себе лечебное обучение-воспитание*. Карл Ясперс (1997) также противопоставляет в психотерапии воспитание «дрессировке», но, по его мнению, воспитание несет в себе «определенную отстраненность», «авторитарность», в отличие от «экзистенциальной коммуникации» — «взаимного высветления»: «человек, связывая свою судьбу с судьбой другого человека, полностью раскрывается перед ним и тем самым вступает в отношения равенства» (с. 955). Понимаю это как близкое взаимному творческому психотерапевтическому вдохновению пациента и психотерапевта, нередко возникающему в ТТС и духовно согревающему психотерапевтический процесс.

Клиническая, не-техническая психотерапия, то есть «большая психотерапия» (как назвал ее С.И. Консторум), всегда обращена к личности пациента и насыщена разнообразным целебным обучением-воспитанием. Эрнст Кречмер (1927), противопоставляя в рамках рациональной психотерапии психоаналитическим методам психагогические, пони-

* Психагогика в понимании А. Кронфельда и Э. Кречмера есть психотерапевтически-воспитательное сопровождение пациента по дороге к здоровью или к состоянию компенсации, ремиссии, в котором чувствуешь себя как бы здоровым (понятно, не будучи в психозе или в слабоумии). По своей ответственности эта работа, думается, действительно приближается к делу древнего Психагога (Психагог, или Психопомп, — прозвище Гермеса как проводника душ умерших в печальное царство Аида).

мает под последними «все, что входит в рубрику “врач как воспитатель”» (с. 320). С.И. Консторум (1962), обдумывая стремление Дюбуа сблизить «логику» и «этику», пишет: «Дело не в формальной логике, ибо пациент может не хуже врача знать, что 2×2=4. Дело не только в знании, ибо, опять-таки, пациент не хуже врача может знать, что его физические расстройства обусловлены немотивированным страхом. Дело в ограниченности внутреннего опыта, в узости психического диапазона, в недостаточной духовной оснащенности, вследствие чего больной оказывается не в состоянии преодолеть страдание, создать дистанцию между собой и страданием, отнестись к нему в ином аспекте. Не столько логичнее думать должен больной, а больше думать, больше вдумываться, вовлечь в свое мышление больше понятий, представлений и эмоций, чем до сих пор, обогатить свое мышление. Так, по существу, Дюбуа хочет укрепить личность, помочь ей справедливо разбираться и в других людях, и в жизни вообще, а лучше понимая общие закономерности жизни, больной легче сумеет преодолевать свою однобокую эмоциональность, свой эгоцентризм» (с. 78). С.И. Консторум восхищен психотерапевтическим принципом А.И. Яроцкого («Аретотерапия» как «определенная насыщенная социальными идеалами установка к жизни»), считает его «отправной точкой наших исканий в этой области». Он полагал, что его Активирующая психотерапия (лечебное обогащение, углубление личности через деятельность-«психомоторизм») «преемственно ближе всего примыкает к концепции А.И. Яроцкого» (с. 88—89).

*Терапия творческим самовыражением (с осознанностью своей общественной пользы, с возникновением на этой базе стойкого светлого мироощущения)** так же примыкает к концепции А.И. Яроцкого, но еще и исходит из сути клинической (психиатрической) психотерапии, заложенной в своих основах Э. Кречмером и С.И. Консторумом. Главное в ТТС, однако, не активирование, хотя Консторум и был в свое время «непоколебимо убежден», что любая «психагогическая задача (...) разрешается главным образом и прежде всего на путях активирующей психотерапии» (с. 88). Но Консторум ушел из жизни в 1950 г. Затем пришло время массового смягчения юношески-революционных восторгов, ослабела неприязнь народа к интеллигенции. Многие из интеллигентных пациентов устали от бездуховной серости позднего нашего социализма с фальшивыми призывами-ободрениями, с активированием нескончаемой деятельно-

* Полное название метода.

сти граждан на субботниках и овощных базах. Люди стремились тихо-одухотворенно уйти от всего этого в себя, в свою семью, квартиру, в природу, путешествия, коллекционирование, в чтение серьезных книг (философских, психиатрических и психотерапевтических), которых становилось все больше, благодаря брежневскому благодушию. ТТС складывалась-развивалась в течение многих лет, но в самых общих чертах сложилась уже к 1970 году.

Переживание своей неполноценности, унаследованное от отца (покойного теперь, глубокого, тонкого московского психиатра-клинициста), было свойственно мне с детства. Сказывалось в робости, нерешительности, двигательной неловкости, склонности к тревожным мучительным сомнениям. Сверстники часто обижали меня, отбирали школьные завтраки. Не мог дать сдачи, все жаловался родителям с улицы, под окном нашей квартиры, что «меня бьют». Трудно было познакомиться с ребятами, присоединиться к их игре, панически стеснялся попросить кого-то даже о пустяке, подолгу глодало чувство вины там, где многие были справедливо-трезво, естественно убеждены в своей правоте, невиноватости. Бывало, в молодости пытался прикрывать эти трудности бравадным щитом противоположного (жалкой развязностью, грубоватостью), но от этого становилось еще хуже. Мучили тревожные ипохондрии. Помнится, например, как в детстве, слегка поранив ногу (она быстро зажила), несколько месяцев в тревожном напряжении ждал смерти от «заражения крови». Особенно худо было мне, когда, окончив школу, не добрал баллов в медицинский институт и год работал тогда психиатрическим санитаром. Каждый день жалило меня то, что по своей вине не стал студентом. Я тогда даже просил у родителей почаще посылать меня на ближайший Даниловский рынок за тяжелыми овощами, чтобы физическим трудом как-то наказывать себя за свои грехи. Сорок два года назад, в восемнадцать лет, стал, наконец, студентом-медиком и уже на первых курсах по причине душевных трудностей потянулся к психиатрии, психотерапии. Кроме того, я же рос в семье психиатров на территории большой психиатрической больницы, в доме для сотрудников. Ребенком еще слышал вокруг о знакомых, соседях: «этот — шизоид», «этот — психастеник», а «здесь — фершробен»* и т. п. То, что легко-естественно получаешь вот так, с молоком матери, позднее часто

* С.И. Консторум предлагает переводить это немецкое обозначение расстройства (Verschrobenheit) — «с выкрутасами» (Берковитц, Консторум, 1933, с. 26).

очень интересно изучать, поскольку уже богаче всем этим многих других людей с другим детством. Стал ходить в научно-студенческий психиатрический кружок, внимательно, конспектируя, читать главные (назвал отец) психиатрические книги, учиться гипнозу, делать юные доклады на заседаниях кружка. Особенно запали в меня тогда три книги. Они и сейчас в своих подробностях живут во мне. Это «Строение тела и характер» (1930) Эрнста Кречмера (1888–1964), «Клиника психопатий» (1933) Петра Борисовича Ганнушкина (1875–1933) и «Опыт практической психотерапии» (1959) Семена Исидоровича Консторума (1890–1950). Погружаясь в эти книги, все более подробно изучал-понимал свои болезненные особенности и болезненные особенности знаменитых людей, узнавал-понимал, кто есть я сам, мои близкие, знакомые по природе своего характера или хронической душевной болезни. Выходило, что патологическая душевная слабость, недостаточность может быть одновременно высокой творческой общественной ценностью, так как без этой слабости невозможна диалектически с ней связанная сила. Остается стараться делать свое сильное, к чему предрасположен природой, и не делать того, что, при громадной затрате времени и сил, все равно будет получаться, во всяком случае, не лучше, чем у других. Все это, в сущности, так просто и так давно известно. Но одно дело понимать, а другое — целебно прочувствовать это, например, то, что написал в прошлом веке китайский художник Шэнь Фу: «Журавль хорошо танцует, но не может пахать, бык умеет пахать, но не танцует. Такова природа вещей. Ты, наставляя ее, хочешь невозможного, к чему же зря стараться?» (Шэнь Фу, 1979, с. 46). Целебно прочувствовать это — значит для здоровья и пользы дела помочь журавлю не пахать, а быку — не танцевать, даже при всем их желании жить, как другие, «как все».

Оттого, что все это обдумывал, познавал, изучая научное и художественное с поиском людей, подобных себе, близким, знакомым, в книгах и картинах, оттого, что сам писал рассказы, примеривая их дух, стиль к рассказам известных писателей и так же клинически рассматривал творчество других участников студенческого литературного кружка, — становилось мне ощутимо лучше, легче душевно: кристаллизовалась научно-целебная ясность-стройность в душе. То есть я, выходит, лечился творческим изучением психиатрии, психотерапии, клиническим постижением литературы и искусства. Из этого и вышла моя ТТС. Уже в самом начале врачебно-психиатрической работы давал пациентам, похожим на меня своими душевными трудностя-

ми, читать-изучать мои любимые книги, и мы вместе разбирались в сложных местах этих книг, уточняли особенности, характеры друг друга, размышляя, где и как вот такой характер стоит попытаться с пользой применить, чтобы жить «по себе», в целебной творческой одухотворенности. В 1969 году вышла моя работа о том, как метко видели-понимали образованные россияне в XVIII веке разные человеческие характеры, их дурные и прекрасные черты (Бурно М., 1969), а в 1970 году — первая работа о том, как психотерапевтически руководил изучением характеров пациентами (Бурно М., 1970). Основное теоретическое положение П.Б. Ганнушкина (1933) и Э. Кречмера (1934), которому следовал как завещанию, состоит в том, что врожденный патологический характер, как и практически врожденная мягкая хроническая душевная болезнь, не есть судьба. Судьба — то, оказался или не оказался человек с его неизлечимыми болезненными душевными трудностями в таком благодатном жизненном пространстве, в котором он способен быть общественно-полезным самим собою. Тогда патологическое может как бы и не выявляться для окружающих и для него самого. Оно спрячется внутри человека, смягчаясь-растворяясь в целебно-творческой жизни, претворяясь в творческое самовыражение, как, например, тревожные сомнения психастеника Дарвина, сомневавшегося там, где не сомневались другие, «написали» его книги, а заодно принесли автору многие годы целебного творческого вдохновения сквозь его тягостные ипохондрии и застенчивость. ТТС и есть, таким образом, посильная, методически разработанная, планомерная помощь психотерапевта пациенту по «сооружению» этого самого целебно-творческого жизненного пространства (поприща), в котором человек будет с каждым годом чувствовать себя все более здоровым, нежели в других делах, при другой организации его жизни. Психиатр П.Б. Ганнушкин высказал это основное положение просто по жизненным наблюдениям, он не занимался профессиональной психотерапией. Психиатр-психотерапевт Э. Кречмер (как рассказывал мне его сын, тоже психиатр-психотерапевт, Вольфганг Кречмер) помогал пациентам в духе этого положения лишь наедине, советами, без лечебных групп и это свое теоретическое, клинико-психотерапевтическое положение не разрабатывал методически-практически. Сам В. Кречмер (см. Бурно М., 1989) также не склонен был к практическим, клинико-психотерапевтическим исследованиям, но теоретически полагал, что «лечение положительными переживаниями и творчеством» составляет высший этап психотерапии, и в

разных формах старался вводить в психиатрию моменты терапии духовной культурой.

Таким образом, ТТС, преломляя в себе и родственные германские, в основном теоретические, положения отца и сына Кречмеров, развивалась, все же, в целом, как, смею думать, самобытное отечественное направление в психотерапии и психиатрии. Она приняла уже более или менее отчетливые сложные формы с множеством методических подробностей в 80-е годы XX в. столетия на благодатной почве «эмоционально-стрессовой психотерапии» в понимании покойного многолетнего руководителя нашей кафедры В.Е. Рожнова (Рожнов, 1985). В 1988 г. вышли составленные мною методические рекомендации Минздрава СССР (Бурно М., 1988), в 1989 г. — монография (Бурно М., 1989). Из последних особенно важных, на мой взгляд, собственно моих работ для специалистов, уточняющих сегодняшнее понимание ТТС, кроме данной работы, отмечу два очерка в учебном пособии (Бурно М., 1997) и Диссертацию в виде научного доклада (Бурно М., 1998)*.

Благодарен своим последователям в разных областях культуры за наше психотерапевтическое созвучие, за развитие, углубление Терапии творческим самовыражением.

История ТТС как клинико-психотерапевтического метода, направления в культуре не может замкнуться в себе самой как, скажем, какая-то определенная, всегда глубоко ограниченно-личностная, психоаналитическая ориентация (например, психоанализ Фрейда, Адлера, Юнга), способная сосуществовать, лишь немного «перекликаясь» с другими, в том числе более новыми, тоже аутистически-личностными (но по-другому), психоаналитическими направлениями. ТТС способна углубляться, развиваться, исправляться, обогощаться исследователями бесконечно, как единая в своем мироощущении клиническая система, — вместе с бесконечным развитием психиатрического клиницизма, духовной культуры вообще.

---

* Был приглашен в начале 1998 г. Федеральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии МЗ РФ (руководитель — профессор Б.Д. Карвасарский) на базе Института им. В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге защищать докторскую диссертацию по совокупности работ о ТТС. Душевно признателен за такое неравнодушное отношение ко мне Бехтеревскому институту (директор — профессор М.М. Кабанов), многим авторам отзывов на диссертацию, искренне побуждавшему меня к защите диссертации еще до приглашения профессору В.В. Макарову.

5. Организация психотерапевтических занятий, обстановка гостиной, длительность курса

Долгое время полагал, что только клиницист-психиатр способен серьезно помогать пациентам (и даже здоровым дефензивам) таким клинико-психотерапевтическим методом, как ТТС. Сегодня убежден (после многих сомнений), что и некоторые психотерапевты с психологическим, гуманитарным и даже техническим образованием способны одухотворенно-квалифицированно работать в ТТС при условии врожденной склонности к клиницизму: серьезного желания изучать клиническую психиатрию, характерологию, психотерапию и, пусть элементарно, но клинико-психотерапевтически (не психологически) работать с пациентом. При этом, конечно же, важно, чтобы с по-настоящему больными (например, депрессивными) дефензивами (пациентами) психотерапевт-не-врач работал под опекой психиатра-клинициста.

Долгосрочный курс ТТС — 2—5 лет амбулаторного лечения. Индивидуальные встречи с психотерапевтом (в течение 1—2-х часов) — от одного раза в неделю (в течение первого полугода от начала лечения) до 1 раза в несколько месяцев (после первого полугода лечения — все реже, по обстоятельствам). Обычно через 2—4 недели индивидуальных занятий — открытая группа творческого самовыражения (8—12 чел. в группе, занятия по 2 часа 2 раза в месяц) в уютной, душевно теплой обстановке психотерапевтической гостиной с чаем, свечами, диапроектором, классической музыкой в начале занятия для серьезного и вдохновенного погружения в занятие. В индивидуальных встречах с пациентом психотерапевт в доверительной беседе наедине дифференциально-диагностически и одновременно в личностном сопереживании выясняет подробности душевных расстройств, трудностей на жизненном пути к сегодняшнему дню, характерологические особенности, творческие склонности пациента, дабы клинически уловить проявления природной, душевной самозащиты и, по возможности, лечебно поспособствовать ей.

Рассказываем здесь и существо ТТС, даем уже нетрудные творческие домашние задания* и таким образом постепенно или поскорее подводим пациента к группе твор-

---

* Принести что-то душевно созвучное (например, открытку, марку, скромный городской цветок), что-то по-своему нарисовать, написать и т. д. Читать работы о характерах, о душевных расстройствах, упомянутые выше, чтобы потом обсуждать прочитанное в индивидуальных беседах с психотерапевтом или уже в группе.

ческого самовыражения. Групповые занятия в ТТС бесконечны, бездонны своим содержанием, но все, что происходит здесь в камерной обстановке вокруг пламени свечи должно так или иначе помогать дефензивным людям естественно-

научно понять-прочувствовать себя (свое природное, в том числе болезненное-хроническое) среди других, товарищей по группе. Должно помочь обрести в разнообразном творчестве хоть толику творческого вдохновения. Хотя бы — в элементарном творческом выборе душою именно своей созвучной тебе картины художника на слайде (в сравнении с другой, передающей менее близкое тебе мироощущение другого художника). Даже такое простое творческое событие оживляет включившуюся в работу индивидуальность. Оживленная индивидуальность светится вдохновением в глазах пациента, а в этом вдохновении яснее видится своя жизненная тропа, свойственная твоим природным особенностям, свой аутистический, психастенический (или другой) смысл. Один сорокалетний довольно тяжелый эндогенно-процессуальный депрессивный пациент, глушивший свои расстройства пьянством, после запойного перерыва в занятиях (отпуск), сказал по этому поводу в группе: «Соприкосновение с духовной индивидуальностью художника, с духовной культурой вообще в этой психотерапевтической гостиной сразу же исключает из моей жизни водку и селедку». Долгосрочный курс ТТС помогает за несколько лет углубленно-праздничной работы проникнуться творческим стилем жизни, то есть способностью видеть, чувствовать, думать по-своему и, значит, испытывать при этом радость творческого вдохновения, укрепляющую уверенность в своих силах, светлое доброжелательное отношение к людям, к природе с желанием помочь тому, кому еще хуже, с поисками хорошего, доброго вокруг себя, даже в самые трудные времена. Хорошо известно, что самые болезненные переживания человека творческой профессии, живущего своим делом, покидает его именно в состоянии творческого вдохновения. ТТС, в сущности способствует воспитанию, «включению» целительного творческого вдохновения и делает это состояние с помощью приемов терапии творчеством, по возможности, более или менее управляемым самим пациентом. Психопатические, депрессивные и другие хронические душевные расстройства остаются с пациентом, но, изученные, прочувствованные как основа творчества, вдохновения, уже не так трагически переживаются, слабеют, реже обостряются и по временам на-

долго отходят. В долгосрочной ТТС для довольно тяжелых, хронических тревожно-депрессивных пациентов лечебная группа обычно становится терапевтическим сообществом. Этим пациентам и в жизни гораздо лучше друг с другом, нежели с часто не понимающими и даже ненароком обижающими их здоровыми людьми, в том числе близкими. И после курса лечения эти пациенты продолжают долгие годы приходить на поддерживающие лечебные групповые занятия (1 раз в 2 месяца), а в промежутках собираются у кого-нибудь из них дома (более опытный в ТТС пациент становится психотерапевтом), вместе путешествуют, посещают музеи и т. д. Есть уже опыт работы с группами, которые ведут в амбулатории сами подготовленные пациенты, помогая товарищам, и опыт работы с «домашними группами» (Бурно М., 1992; Соколов, 1997). Особой формой группы творческого самовыражения и одновременно терапевтического пристанища-сообщества является Реалистический клинико-психотерапевтический театр (Бурно, 1997).

Понятно, что в основном в сегодняшней нашей трудной жизни возможно применять лишь краткосрочные курсы ТТС, дающие пациентам известный психотерапевтический заряд, запал для дальнейшей самостоятельной работы над собою в этом духе. В последнем, седьмом, издании американского «Синопсиса психиатрии Каплана и Сэдока» (1994) H. I. Kaplan, B. J. Sadock, J. A. Grebb, обобщая работы о «краткосрочности» психотерапии, отмечают, что краткосрочная психотерапия предполагает не более 40 сеансов-встреч (p. 833–834). Существуют и краткосрочные варианты ТТС. Это — краткосрочная терапия творческим рисунком (Бурно А. А. и Бурно М., 1993); краткосрочная терапия творческим самовыражением пациентов с шизоидной и психастенической психопатиями (Бурно М., Гоголевич, 1996; Гоголевич, 1999); краткосрочная терапия творческим самовыражением шизоидов с семейными конфликтами (Бурно М., Зуйкова, 1997; Зуйкова, 1998); краткосрочная терапия творческим самовыражением пациентов с малопрогрtдиентно-дефензивными шизофреническими расстройствами (Бурно М., Некрасова, 1998; Некрасова, 1999).

Каждый психотерапевт в рабочем, творческом порядке может составить, исходя из своих обстоятельств, свой краткосрочный курс ТТС, включающий в себя, прежде

---

* Иногда в трудных условиях работы возможны лишь 1–2 групповых занятия, и это тоже — краткосрочная ТТС. Но, конечно, основательнее помогает несколькомесячный курс (20–30 групповых занятий).

всего, групповые занятия. Перечисляю их здесь, начиная с самых важных*: 1) о депрессивных, навязчивых расстройствах и лечении творчеством (например, обсуждая при этом «Меланхолию» Дюрера); 2) несколько занятий о характерологических радикалах — синтонном, авторитарном, психастеническом, аутистическом, истерическом, мозаичном (в т. ч. полифоническом); показать, как каждый радикал обнаруживает себя в живописи, в поэзии, в прозе, в музыке и т. д.; 3) о целебно-творческом «характерологическом» общении с природой; 4) «характерологическое» обсуждение творческих произведений пациентов и т. д. в соответствии с указанными ниже методиками терапии творчеством. Это 1) терапия созданием творческих произведений (с целью выразить в них свою личностную особенность (синтонную, аутистическую и т. д.) и увидеть особенности товарищей по группе); 2) терапия творческим общением с природой (с целью уяснить себе, прежде всего, свои личностные особенности через созвучные душе цветы, травы и т. д.); 3) терапия творческим общением с литературой, искусством, наукой (познание себя, своей дороги, смысла через созвучное душе в искусстве, в науке); 4) терапия творческим коллекционированием (узнать себя и через любимые предметы своих коллекций); 5) терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое (уяснить себе особенности свои через общение с созвучным себе в прошлом — от личного прошлого до прошлого Земли и галактики); 6) терапия ведением дневника и записных книжек (выяснение своего в процессе записывания текущей жизни и воспоминаний); 7) терапия личностной перепиской с психотерапевтом; 8) терапия творческими путешествиями (познание себя во встрече с новым); 9) терапия творческим поиском одухотворенности в повседневном (по-своему общаясь с обычным, находить в нем свое, необычное). Темы занятий неисчерпаемы. Занятие может быть по обстоятельствам очень сложным: например, выяснение тонких, сложных различий в психастенических и психастеноподобно-аутистических переживаниях. И может быть простым: например, выяснение своих личностных особенностей путем личностного выбора из двух примерно одного сюжета картин художников более созвучной душе картины. Можно до тонкостей изучать характеры, их малозаметные и хрупкие для непосвященного отличия друг от друга и можно попросту обсуждать характеры Лисы, Волка, Медведя и других героев народных сказок, как можно это делать в работе с детьми в детском саду. Или это, например, «характер Пушкина», «характер Лермонтова», «характер

Салтыкова-Щедрина» и т. д., как делается это в занятиях со школьниками (В.И. Пономарева, без публикации, на основании беседы). Все творческие переживания должны здесь постоянно проходить через призму характеров (характерологических радикалов) и ею упорядочиваться в переживания типично аутистические, типично психастенические (с пониманием дела) — вплоть до неясных пока своих или чужих особенностей. Эта характерологическая призма — не «бирки», не коробки-тюрьмы для запирания в них души, а опоры, тропинки, помогающие скорее найти себя в дремучих лесах болезненных трудностей, найти свой, свойственный твоей природе смысл, свое (например, психастеническое, аутистическое) предназначение, опираясь на свои природные особенности, на естественнонаучное понимание систематики характеров и душевных расстройств. Все это происходит с радостным ощущением бесконечной свободы как «осознанной необходимости» (Энгельс) внутри своего характерологического радикала, в чем-то богатого, сильного, в чем-то бедного, слабого, но своего. Так, без иллюзий, свободен мужчина, потому что он мужчина, а не женщина. Так свободен старик, потому что он старик, а не ребенок. Теперь знаю, как лучше себя применить. А может тут быть, как отмечалось выше, и созвездие-мозаика движущихся характерологических радикалов (например, у депрессивных пациентов) — и все равно это тропинки-опоры, за которые возможно держаться хотя бы на сегодняшний день. Например: сегодня я психастеник, ну и буду делать то, что у психастеника лучше получается. Как конкретно проходят конкретные занятия в группе творческого самовыражения, примеры таких занятий — это описывалось уже (Бурно М., 1989; Бурно А.А. и Бурно М., 1993; Бурно, 1997).

Вот еще пример занятия в группе ТТС: «Творческое общение с природой. Мой путь к природе».

Поначалу звучит музыка Баха, она перемежается с музыкой Моцарта. В это время на экране появляются один за другим цветные слайды известных полевых, лесных цветов. Психотерапевт называет их имена и спрашивает, каким из этих растений более созвучен Бах, каким — Моцарт. Большинство пациентов в группе обычно чувствуют, сообщают, что аутистически-символические Иван-да-Марья, Пустырник, Волчье Лыко, Люпин, Незабудка созвучнее аутистически-символическому Баху, а Ромашка, Луговая Герань, Луговой Клевер, Иван-чай, Купальница, Вероника Дубравная — синтонному Моцарту. Каждый пациент прислушивается к себе: что же мне созвучнее в растениях —

моцартовское или баховское, то есть кто я, чего во мне больше — характерологически-синтонного или характерологически-аутистического. Затем переходим к тому, как люди с разнообразными характерологическими радикалами чувствуют-воспринимают природу. Смотрим вперемежку слайды картин природы известных синтонных художников (Буше, Ф. Васильев, Саврасов, Левитан, Поленов), аутистических (Рерих, Кент, Сарьян, Кончаловский), психастенических (Моне, Писарро, Сислей), авторитарных (Шишкин, Айвазовский, В. Васнецов). Одновременно смотрим творческие слайды природы, сделанные самими пациентами, психотерапевтами. Каждый старается объяснить, как именно, сообразно своему характеру, люди чувствуют и изображают природу. Тут могут быть тихие споры, недоумения. Однако обычно постепенно приходим к следующему. Многие аутисты воспринимают-изображают природу символически. Именно в символе (например, в символической ветке дерева) звучит некое сообщение для аутиста из мира единственно подлинной для него изначальной духовной реальности, из мира Духа. Как это свойственно и типичному древнеегипетскому искусству, синтонные люди воспринимают-изображают природу такой, какая она есть, но синтонно-естественно, т. е. реалистически-тепло, в древнегреческом духе. Авторитарные обычно чувствуют-изображают природу напряженно-реалистически, с оттенком мускулистой, древнеримской, хотя, может быть, и по-своему прекрасной, натуралистичности. Психастеники от свойственного им переживания своей душевной неестественности (психастеническая деперсонализационность), будучи реалистами (с чувством первичности материи, как и синтонные, авторитарные), своеобразно неестественны в своей реалистичности в том отношении, что, стремясь постоянно чувствовать себя естественным собою, видят-изображают природу как свое, человеческое, «автопортретное» движение души. Мы видим это отчетливо, например, в прозе психастенического Чехова, в отличие, например, от прозы синтонного Тургенева или аутистического Лермонтова. Можно показать это на занятии чтением вслух описаний природы, сделанных этими писателями. В заключение каждый пациент и психотерапевты (если их несколько на занятии) рассказывают о своем переживании природы и стараются соотнести его со своим ведущим характерологическим радикалом, особенностями своей депрессивности, тревожности. У многих больных шизофренией (полифонический «характер») видение-изображение природы мозаично-полифонически-многолико и с «абсолютной детс-

кой нестандартностью» (Е.А. Добролюбова). В этом особая сложная прелесть и глубина сказочно-полифонического творчества, постигающего жизнь одновременно несколькими мироощущениями, в других случаях исключающими одно другое (Врубель, Чюрленис, Пиросмани, Малевич, Филонов, К. Васильев). Благодаря такому занятию, пациент хоть немного глубже познает себя среди людей для своих творческих жизненных дел, по дороге к своему будущему более менее стойкому целительному стилю жизни.

Занятия ТТС могут сопровождаться, по показаниям, гипнотическими сеансами, аутогенной тренировкой и лечением лекарствами в небольших дозах, не препятствующих творческому самовыражению.

6. Показания и противопоказания к ТТС

ТТС ***показана***, прежде всего, пациентам (без острой психотики) с хроническими дефензивными расстройствами. Дефензивные расстройства в лучшем случае лишь приглушаются на время лекарствами, впоследствии вспыхивая с новой силой. Нередко лекарства усугубляют состояние неполноценности (неуверенность в себе, застенчивость, заторможенность-нерешительность, чувство безысходности, никчемности). В мировой современной психиатрической литературе многие эти расстройства, как известно, входят в круг «пограничных» (в сегодняшнем смысле), то есть пограничных между психозом и неврозом, расстройств — бордерлайн-синдром.

Противопоказанием к ТТС служит более или менее острое психотическое расстройство и особенно суицидальная депрессия. Переживания суицидальных больных нередко углубляются в праздничной обстановке творческого самовыражения товарищей по группе, углубляются горьким чувством безысходной отделенности от свободно-человеческой радости жизни.

Чезаре Ломброзо установил, что незаурядные творческие возможности слишком часто неотделимы от душевных расстройств. Эрнст Кречмер показал, какие именно определенные душевные расстройства (в широком смысле) обусловливают определенные формы незаурядного творчества. Терапия творческим самовыражением помогает изучить людям с тревожно-дефензивными расстройствами, трудностями эти их душевные расстройства, трудности, чтобы научиться вдохновенно лечить себя каким-то определенным творчеством, творческим самовыражением, сообразно своей природе.

3.9. Эмоционально-стрессовая психотерапия в амбулаторной практике (1982) [32)]

Ганс Селье (1979, с. 30) отметил, что «стресса не следует избегать», «полная свобода от стресса означает смерть», и нет ничего лучше долгой жизни в радостном стрессе. В.Е. Рожнов (1979, 1980), отмечая диалектическое единство противоположных моментов стресса — «болезнетворного качества и стимуляционо-активирующего воздействия», говорит о важности, актуальности клинико-психотерапевтического применения эмоционального стресса. Принцип эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова и состоит в психотерапевтическом клинически-осторожном, дифференцированном формировании целебного эмоционального стресса различной выраженности, т. е. в стрессовом раскрепощении, подъеме душевно-телесных защитно-адаптационных сил пациента. Эмоционально-стрессовое психотерапевтическое воздействие может благотворно присоединяться к иным способам психотерапевтического воздействия — суггестивному (в том числе и гипносуггестивному), рациональному, коллективному, аналитико-катарсическому, — но оно нередко, как и указанные методы, может использоваться самостоятельно.

Конечно же, во все времена люди не сомневались в мощном само собой разумеющемся целительном действии душевного подъема в творчестве, любви, семейном счастье, общении с природой, в путешествиях и т. д. Моментами эмоционально-стрессовой психотерапии богата народная медицина и религия. В частности, лечебные эффекты шаманства, заговоров, дзэн-буддизма вряд ли теперь можно объяснить исключительно суггестивным и гипнотическим воздействием. Очевидно, что, заговаривая, например, кровотечение у гемофилика или запой у алкоголика, знахарь приводил человека в эмоционально-стрессовое состояние, психотерапевтически открывая тем самым организмическую защиту. Видимо, сама целительная вера (в частности, глубокая вера в своего врача) есть более или менее сильное эмоционально-стрессовое напряжение (порою вплоть до опьяняющего фанатизма, до экстаза, как это изображено в «Лурде» Э. Золя). Однако до известного времени, видимо, не было прямой необходимости оформлять все это в конкретные клинико-психотерапевтические методики, подобные гипнотическим, рациональным, тренировочным и т. д. Все это оставалось долго недифференцированной, «жизненной» психотерапией, пока жизнь не сделалась несравнимо

сложнее, тревожнее с неуклонной технизацией и соответственным обеднением природы. Уже столетие назад, во времена научно-технической революции электричества и пара, породившей вместе с тогдашним всплеском эмоциональной напряженности, неврозов, научную психотерапию как раздел медицины, наподобие хирургического раздела, — уже тогда некоторые врачи писали научно о том, что называется сейчас эмоционально-стрессовой психотерапией. И.М. Львов*, акушер-гинеколог, в 1887 г. на заседании общества врачей при Казанском университете выступил со специальной речью по этому поводу, отметив, что душевные волнения вызывают перемены в органической жизни человека, «которые приводят или к болезни или к выздоровлению от болезни». Автор советует врачам побеспокоиться не только о микстурах, но и о занятиях для пациентов в больнице, о веселой обстановке, веселом их настроении. Доктор Paris во Франции публикует в 1891 г. статью «Аффективный удар в психической медицине». Он пишет, что имеется уже достаточное количество случаев излечения душевнобольных вследствие значительного и внезапного физического страдания (перелом костей, роды и т. п.). Приводит и свои подобные случаи, объясняя улучшение «аффективным ударом» (цит. по М.Н. Попову [1891])**. В классической книге А.И. Яроцкого (1908) рассказано, как душевный подъем, охваченность идеалами поднимает сопротивляемость организма, жизненную энергию старика и соматически больного человека. А.И. Яроцкий тонко советует, например, находить эстетическое наслаждение, общаясь с природой, не только в пейзаже с рекой и лесом, но и в моховом болоте, которое может оказаться очень красивым, если научиться художнически смотреть на него с этой точки зрения. Можно вспомнить и такие известные психотерапевтические подходы, давно уже использующиеся и у нас, и за рубежом, как культтерапия, эстетотерапия, библиотерапия, арттерапия, музыкотерапия, терапия творчеством, терапия занятостью, ландшафтотерапия и т. п. Основа названных подходов — благотворное, просветляющее эмоционально-стрессовое напряжение. Приемы эти «рассыпа-

---

* Иван Моисеевич Львов (1856–1904), сын священника, приват-доцент Казанского университета.

** В этом смысле примечательны сегодняшние опыты ростовских исследователей, вызывающих у крыс «искусственный» стресс электрическим током, что иммунологически закаляет животных по отношению к инфекциям и привитым злокачественным опухолям (*Ключеров Г.* Стресс против стресса // Труд, 1980, № 299 (18247). 31 дек. С. 3).

ны» в медицине без указания их единого эмоционально-стрессового стержня, и потому приходится нередко их защищать и доказывать их психотерапевтическую ценность. Так, американский врач Израиль Цверлинг (Zwerling, 1979) утверждает, что терапия творческим искусством есть истинная терапия, а не дополнительная. Обращенная к эмоциональности, к правому полушарию, она действует быстрее, непосредственнее традиционной «вербальной психотерапии». Сравнительная малопризнанность указанных методик объясняется и тем, что обычно они не проникнуты клиницизмом и чаще применяются не врачами. Клинический подход состоит в том, что врач работает дифференцированно-творчески, отправляясь от особенностей клиники, личности, индивидуальных защитно-приспособительных свойств пациента, помогая ему совершеннее приспособиться к болезнетворным моментам, если нет возможности их устранить. Подобный подход отсутствует, например, в книге «Творчество и психотерапия»*, в которую вошли материалы VIII Международного конгресса по психопатологии экспрессии.

Истоки концепции эмоционально-стрессовой психотерапии содержатся в известной методике коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии алкоголиков В.Е. Рожнова: лечебное душевное напряжение, производимое в пациентах врачом, здесь ясно названо эмоционально-стрессовым, т. е. уже обозначена четко его природная, глубинно-адаптационная, защитно-неспецифическая структура.

Остановимся на клинических методиках эмоционально-стрессовой психотерапии, цель которых вызвать в душе пациента внешне тихое, но светлое и стойкое, длительное (годы) целебное эмоционально-стрессовое напряжение. Это — лечение общением с природой, терапия общением с искусством, терапия творчеством, лечебное коллекционирование. Понятно, что эти методики, часто сочетаясь, нередко действуют вместе с другими психотерапевтическими приемами и лекарственными средствами. Однако при многих амбулаторных пограничных расстройствах, включая хронический алкоголизм, они оказываются иногда единственно серьезными лечебными воздействиями. Лечебный эффект наступает здесь нередко неожиданным прозрением, постепенным душевным просветлением лишь через месяцы систематических (2 раза в месяц) занятий с группой в домашне-уютной обстановке психотерапевтического кабинета с растениями в горшках, с выключенным верхним светом

* Confinia Psychiatrica (1978).

и горящими свечами, ароматно-роскошным чаем в красивых чашках, тихой специально подобранной музыкой и теплыми отношениями между членами группы. Клиничность указанных выше методик в этой обстановке, где как будто и нет ничего медицинского, «белохалатного», лечебного в общепринятом смысле (как и в самих методиках), заключается в том, что врач осторожно «нащупывает» те занятия, дела, которые, тонко сообразуясь с особенностями пациента, западут ему в душу, произведя сложную, стойкую увлеченность, целебную своей эмоционально-стрессовой сутью (с буквальным выходом в кровь лекарств самого организма). Основа эмоционально-стрессовой психотерапии такого рода — достаточно глубокие эмоциональные отношения между врачом и пациентом*. Они строятся, прежде всего, на искреннем интересе врача к индивидуальности больного и на том, что врач человечески раскрывает больному свою индивидуальность (например, в домашней переписке, кратких рассказах о себе самом, даря пациенту снятые им самим фотографии, свои рисунки, стихи или что-то другое, выражающее личность врача). Для успеха дела, как пришлось с годами убедиться, важно подробно знать и прочувствовать закономерности душевно-телесной защиты больных психастенией, циклотимией, всех других своих пациентов, и не менее важно, чтобы сами пациенты, насколько возможно, разобрались в своих душевных особенностях, понятнее стали себе в сравнении с другими характерами и расстройствами, усвоили собственный стиль восприятия мира, природы, искусства, манеру своих творческих способностей. Каждый увлекается своим. Если одного человека душевно поднимает езда на автомобиле, деловое общение с сослуживцами, то другого — наблюдение за головастиками в луже с записыванием впечатлений и размышлений в книжку. Углубленному действию эмоционально-стрессовой психотерапии такого рода, возможности быстрее найти свое место способствуют лечебные занятия типологией характеров. Главное — помочь пациенту прочувствовать свою индивидуальность, дабы дорожить ею, не завидовать тому, чего у тебя нет, а свое применять в

* В работе с одной пациенткой, страдающей шизофренией, пришлось убедиться, что можно завоевать настолько сильное доверие к врачу, что содержание псевдогаллюцинаций становится психотерапевтическим, т. е. переговариваясь мысленно с псевдогаллюцинаторным «голосом» врача, помогающим советами в трудных ситуациях при углублении депрессии, больная многие месяцы благополучно существует вдалеке от своего врача.

полной мере до ясного чувства увлеченности, приподнятости в самовыражении, памятуя известное пришвинское утверждение о том, что у каждого есть *свой* талант. В потоке слайдов на экране пациенты научаются отбирать свое, созвучное себе. Оказывается, этот цветок, который много раз видела, называется «пижма», а этот — «луговой василек». Теперь, вспоминая слайды, часто уже иначе посмотрит пациентка в природе на знакомые цветы, травы, узнав их, вспомнив по имени, как узнаёшь в безликой толпе знакомого. Важно понять: дело не в том, что красивее — ландыш или тюльпан, а в том, что мне созвучнее, что на меня проникновеннее, глубже действует, помогая быть самим собой. Пусть, например, в одной группе эпилептоиду созвучнее гладиолус (цветок-меч, выведенный в Древнем Риме), циклоиду — сочный одуванчик, шизоиду — кактус, а психастенику — ромашка. Через это обнаруживаются душевные особенности каждого, и эти особенности, это *не свое* важно научиться взаимно уважать, понимая, что вследствие разности людей каждый более способен к *своему*, но нужному всем делу, которое у него выходит лучше, чем другие дела. У каждого, конечно же, есть свои слабости, звучащие и в интересах, в творчестве, к которым надобно снисходить, быть терпимым и милосердным, если, понятно, это слабости, а не откровенная безнравственность. Каждый из нас ограничен своею индивидуальностью, но каждый и нужен этой своею индивидуальностью, своей общественно полезной особенностью, которую следует развивать для блага людей и себя самого. Циклоид часто воспринимает природу живо и непосредственно, сливаясь с ней, растворяясь в ней в своих художественных слайдах, нередко смягчая свою тоскливость поиском веселых красок среди бабочек, лесной земляники. Шизоид или больной шизофренией, сообразно особенностям своей душевной защиты, отбирает камерой нечто графически-символическое, философическое в природе. Здесь часто видим бездонное небо, сами деревья устремлены вверх, подобно ракетам. Психастеник смягчает тревогу, фотографируя какой-то уютный уголок или нравственно размышляет о единстве живого, склоняясь над печальным цветком клевера в траве, над смешным щенком, так напоминающим ребенка. Некоторые циклоиды, циклотимики уменьшают свою тоскливую напряженность «анализом тоски», как армянский поэт Паруйр Севак. Некоторые пациенты, страдающие шизофренией с деперсонализационными расстройствами, включив слайд, в котором удалось, например, через елки в снегу выразить душевную особенность, смяг-

чают тягостное чувство ускользания своей индивидуальности, возвращаясь таким образом к себе самим.

Углубление в произведения литературы, живописи, музыки должно также идти под знаком созвучия. Читать, смотреть, слушать следует всякое, но целебно выбирать из этого надо прежде всего свое, созвучное, не стыдясь, что не близок, не нравится писатель или художник, так любимый другими. Лечебное творчество важно видеть широко, как всякое благородное выражение индивидуальности, от философского эссе до интересного камня, сотворенного лишь созвучием настроения автора с формами этого камня, замеченного среди других камней.

Индивидуальность свою человек высвечивает не только в своих стихах, прозе, дневниковых записях, рисунках, поделках, не только выбирая близкое себе в литературе и искусстве, но и в коллекциях, отбирая и здесь себе созвучное. Нередко коллекция представляет в связи с этим истинный автопортрет пациента. Неустанно следует подчеркивать, что здесь у нас не фотографический, не литературный кружок. Здесь не может быть сравнений — у кого лучше получилось, где больше мастерства. Нас заботит, как выразил человек свое, индивидуальное, где нашел он близкое себе в природе, в поэзии, в живописи. Работа в согласии со своей индивидуальностью — вот основа и таланта, и творчества, в том числе ощутимо лечебного. Стресс созвучия, стресс творчества — это целебный подъем душевно-телесных сил, связанный с *ощущением работы своей индивидуальности*, ощущением созвучного тебе в других, выяснением своего, особенного и через свою противоположность в другом человеке, в произведении искусства.

Врач для клинической эмоционально-стрессовой психотерапии должен быть, во-первых, клиницистом, тонко чувствующим и понимающим, кому что предложить и как направлять пациента в соответствии с его болезненными расстройствами, как вывести его на дорогу стойкого целебного эмоционально-стрессового подъема. Во-вторых, врач должен творчески выражать собственную индивидуальность какими-то способами, подавая тем самым пример пациентам, побуждая их к такого рода работе, подобно тому, как педагог В.А. Сухомлинский (1979) и учителя его знаменитой школы сами писали художественные миниатюры о живой природе, побуждая к творчеству школьников.

Вовсе не обязательно, чтобы эмоционально-стрессовая психотерапия в широком смысле была всегда радостной для пациента. Это ведь, в сущности, терапия самой жизнью — ее радостями, но и заботами, даже страхами, если это служит

здоровью. Например, синтонная больная алкоголизмом с сохранившейся еще тревожной сердечностью к своему ребенку живет трезво под страхом лишения материнства, если сорвется. Или больная истерией, остро испугавшись в психотерапевтической беседе с врачом, что муж уйдет от нее, обнаруживает, что паралича ног уже нет.

Сейчас важно клинически разрабатывать и классифицировать конкретные эмоционально-стрессовые методики, понимая одновременно, что большая клиническая эмоционально-стрессовая психотерапия в глубине своей самобытно-интуитивна, как и всякая «не-ученическая» клиническая психотерапия.

3.10. Психологическая защита и лечение творчеством (1979)* [29)]

Психологическая защита есть душевная грань, душевная освещенность цельного психосоматического защитно-приспособительного «механизма». Защитно-приспособительная душевная работа звучит и в здоровом, и в больном. По причине отсутствия абсолютного природного совершенства, она не бывает мудро-спасительной во всех отношениях, подобно тому, как спасающие от интоксикации рвота и понос могут привести к смерти от обезвоживания. В этом смысле В.Е. Рожнов (1977) замечает, что психологическая защита наркомана может примирять его с позором и бедствиями его существования.

Сегодня, как и в гиппократовские времена, врачевать — значит исследовать самозащитные механизмы организма, по возможности помогая им, совершенствуя их. Индивидуальные особенности психологической защиты данного человека выступают в его личностных свойствах, в структуре невротического или психотического состояния, в его гипнотической картине, в особенностях творческой работы. Сознание и бессознательное светятся здесь друг в друге, и пациенту надобно как можно подробнее понять, осознать тягостные своей неясностью душевные трудности, чтобы иметь опору в приобретенном смысле.

Остановимся здесь на таком защитно-психологическом моменте, как стремление (нередко неосознанное) к целебному психологическому творчеству у психастенических и психастеноподобных пациентов. С годами (накопленный ма-

---

* Доклад на 3-м Международном симпозиуме социалистических стран по психотерапии (Ленинград, октябрь 1979 г.).

териал превышает две сотни случаев) возникает отчетливое впечатление, что почти каждый психастеник, психастеноподобный шизоид или больной шизофренией с психастеноподобной картиной своими тревожными размышлениями-сомнениями, тоскливо-аналитическим самопогружением, болезненно-нравственными исканиями тянутся к психологическому творчеству, впоследствии смягчающему их душевное напряжение. Тяготение к творчеству, часто робкое, возможно деликатно выяснить в беседе, ободрить пациента в этом отношении и клинико-психотерапевтически направлять именно к изображению, анализу своих собственных переживаний в дневнике, в рассказе, в эссе, в стихотворении, в краткой записи в записной книжке. Работая с пациентами такого рода, убеждаемся в их недюжинных способностях по части *психологического* изображения своих интересных и многим здоровым людям душевных переживаний. Когда пациенты эти берутся за другие формы творчества (фотография, слайды, поиски природных предметов на тему «природа и фантазия», наблюдения за животными и насекомыми), то и здесь всюду заметно звучит либо мотив аналитически-психастенической нравственной доброты с оттенком тревожной просветленности, либо мотив тоже психологической, но уже шизоидной или шизофренически-сенситивной философичности. Глубокий лечебный смысл видится здесь не в том, чтобы отвлекать пациента от его самокопания, а в том, чтобы творчески усиливать психастенические (психастеноподобные) аналитические переживания и тем катарсически смягчать. Склонность к анализу своей тревоги, напряженности защитно-приспособительна сама по себе, поскольку размышляющий, анализирующий человек находит истинную душевную опору хотя бы в частично осознанной в поисках смысла определенности своего страдания. Подобная терапия творчеством есть лишь момент сложного психотерапевтического вмешательства по отношению к этой группе пациентов. В индивидуальных беседах и в коллективных систематических встречах (в уютной комнате с чаем, свечами, музыкой, чтением своих вещей вслух, экраном для слайдов) важно, думается, сообразовывать психотерапевтические воздействия с клиническими структурами. Так, не следует настойчиво рекомендовать психастенику занятия живописью, не следует искать эстетизма в его творческих работах, а от шизоида, больного шизофренией часто не стоит требовать усиления реалистических мотивов в живописи, поэзии, не упрекать, например, за «формалистическую», похожую на сложный летательный механизм стрекозу на слайде. Важнейшим остается найти в творчестве себя, тво-

рить свои переживания, поднимать *свои* творческие защитные душевные силы. И когда психастеник, в отличие от больного шизофренией, нередко высказывает неудовлетворенность творчеством без признания, а лишь только с лечебной целью, следует подчеркнуть ему, что даже только один маленький напечатанный в газете или журнале рассказ (реальная возможность этого никогда не исключена) — это уже тропинка к людям сегодняшнего дня и далекого будущего, поскольку рассказ, без преувеличения, веками хранится в библиотеках мира. Что же касается художественной фотографии, то она может храниться или висеть в рамке в доме близких ее автору людей и их потомков практически также веками. Часто в амбулаторной работе с указанными пациентами творчество становится опорой в жизни, смыслом общения с людьми, природой, смыслом путешествий. Встречаемся даже с намеренными попытками пациентов целебно-творчески (стихотворением, фотографией, живописью) исследовать острую, «душераздирающую» свою тоскливость.

Загруженность душевными переживаниями в духе психологического, философски-психологического произведения рассматриваем как часто неосознанные поиски душевной опоры, стремление аналитически выбраться из болота тягостной неопределенности, усиливающей тревогу. Это, в сущности, намеки, которыми природа, психологическая защита подсказывает пациенту и его психотерапевту пути облегчения подробным душевным, художественно-научным самоизучением и творческим участием, в конце концов, в общей жизни людей.

3.11. Эмоционально-стрессовая психотерапия (размышление о методе и клинико-психотерапевтический случай) (1981) [31)]

Определение направления (метода), его клиницизм и место среди других психотерапевтических методов

Эмоционально-стрессовая психотерапия В.Е. Рожнова (1979, 1980) — это не отдельная методика, а психотерапевтический подход, клиническое психотерапевтическое направление (наряду с суггестивным, рациональным направлениями и т. д.), практически претворяющееся в целой группе конкретных эмоционально-стрессовых приемов, методик. Существо этого нового в смысле научной своей сформулированности и обоснованности направления состоит в



том, что врач различными эмоциональными способами (конкретными эмоционально-стрессовыми методиками, будоражащими, поднимающими душу, просветляющими творчеством, музыкой и т. д.) приводит пациента быстро или медленно-постепенно в состояние целебного, благотворного эмоционального стресса определенной силы.

Подчеркивая выше термин «клиническое», оставляю его только за теми психотерапевтическими воздействиями, которые сообразуются достаточно подробно с клиническими (в том числе личностными) особенностями пациента, отправляясь от них. Поэтому не говорю здесь о неклиническом психоаналитическом внедрении во всякую личность с позиции той или иной психоаналитически-мифологической ориентации, подобно религии выхватывающей из клиники лишь содержание тех симптомов, переживаний, которые возможно символически трактовать как чисто психологическую причину болезни. Это важно подчеркнуть, поскольку, например, такой конкретной метод, как *терапия творчеством*, психоанализ считает само собой разумеющимся психоаналитическим моментом, ибо вся психоаналитическая работа — творчество не только врача, но и пациента, символически-художественно переживающего в своих сновидениях и фантазиях происки бессознательного. Но психоаналитик понимает, например, живопись своего пациента не клинически, а символически-сказочно, в плане своей психоаналитической системы (единой для всех больных). Он не ведет пациента клинически к тому, чтобы тот в процессе определенного, согласующегося с клиникой творчества раскрепостил свои защитно-приспособительные природные силы в эмоциональном стрессе. Подобно психоаналитику (в духе определенной оторванной от клиники, психологизирующей душевную жизнь схемы), поступает любой неклинический арттерапевт (лечащий искусством), думается, достаточно серьезно помогая лишь там, где действует стихийно-клинически.

Задачи и ***способы*** эмоционально-стрессовой психотерапии важно понимать широко.

Задачи — в соответствии с клиническими обстоятельствами — разнообразны: от задачи вызвать у больного, страдающего алкоголизмом, неприязнь к спиртному, к прошлой алкогольной жути, в которой чуть не погиб, задачи зажечь и в этом человеке (с учетом сохранившихся ресурсов личности и опираясь на способности, характерологические свойства) стойкое желание построить дачу для себя и близких, чтоб жить летом среди природы, ловить с сыном удочками рыбу и т. п., до задачи воспитать в болезненно-робком пессимисти-

чески-тревожном пациенте (психастенике или психастеноподобном шизофренике) светлое миросозерцание, способность находить самоутверждение в общественно ценном творческом самовыражении, в радостной помощи нуждающимся в ней, в общении с созвучными ему людьми и произведениями искусства. Все задачи эмоционально-стрессовой психотерапии имеют, однако, общую основу — вызвать благотворное эмоционально-стрессовое напряжение. И не только радостное, светлое. Это может быть благотворный страх трезво живущего алкоголика «сорваться» и потерять семью, весьма острая тревога истерической пациентки потерять любимого человека из-за своих истерических рвот и т. д.

Способы эмоционально-стрессовой психотерапии, т. е. то, чем практически следует пытаться приводить больных в целебное эмоционально-стрессовое состояние, также разнообразны и сообразуются с клиническими особенностями пациента. Это и лечебные эмоционально обличающие беседы, например, с некоторыми больными истерией и алкоголизмом, и терапия общением с природой, терапия искусством, творчеством, и всякое другое в основе своей эмоциональное воздействие. Тут следует клинически прислушиваться к подспудным и порой робким желаниям пациента, сигнализирующим об особенностях его внутренней самозащиты. Так, одна наша одинокая сорокалетняя субдепрессивно-ранимая пациентка С. не чувствовала помощи ни от попыток общения с живой природой, ни от попыток художественного творчества, но сама потянулась, испытывая глубинное восхищение человеческой добротой, проникнутая идеей бескорыстной любви, ухаживать на общественных началах за тяжелыми одинокими больными.

Некоторые из этих эмоционально-стрессовых способов сложились уже в конкретные эмоционально-стрессовые методики, о которых расскажу ниже. Важно, однако, прежде чем приступить к применению конкретных методик, войти с пациентом в достаточно глубокий, по-умному эмоциональный контакт, вызвать его доверие, расположение, что уже само по себе есть эмоционально-стрессовое воздействие, подготавливающее, открывающее дорогу специальным методикам. Войти в подобный контакт с пациентом способен лишь врач сердечный и искренне стремящийся помочь своим пациентам, воспринимающий больного прежде всего как человеческую личность, как мир в человеке, а не как просто человеческое существо на столе для психотерапевтической операции.

Впоследствии мы можем в отдельных случаях разрешить себе лечебно «отругать» пациента, но только при наличии

серьезных эмоциональных с ним отношений. Многое в установлении эмоционального психотерапевтического контакта происходит интуитивно, но не без клинического опыта в глубине интуиции. Только уже потом, бывает, можешь объяснить, почему так сказал или сделал.

Однако на интуицию можно полагаться лишь тогда, когда имеешь достаточный клинико-психотерапевтический опыт и не сомневаешься в своей внутренней, нравственной ответственности за пациента. Помогают созданию необходимого эмоционального контакта и работа с пациентом без медицинского халата, и уютная обстановка психотерапевтического кабинета, и известное сближение с пациентами за чашкой чая при небольшом свете настольной лампы или при красивых свечах и с мягким музыкальным фоном. Хорошо также рассказать пациентам искренне, хотя и в известных границах, о собственных каких-то трудностях, даже доверить отдельным пациентам что-то свое личное. Помогает делу дружеская переписка с пациентом, очень важно бывает подарить пациенту переписанное своей рукой какое-то стихотворение, имеющее особое значение, уже не говоря о собственных творческих произведениях, в том числе художественных фотографиях, которые можно посылать вместе с письмом. Даже специально подобранная почтовая марка может иметь здесь эмоционально-стрессовое значение. Проявления человеческой, как будто бы не врачебной заботы о пациенте, искреннего внимания, интереса к его жизни, письмам, фотографиям, рисункам тут бесценны. Не раз приходилось убеждаться в том, что подаренная, хотя и никогда не использованная возможность позвонить врачу в случае острой нужды по домашнему телефону вызывала сильное доверие к врачу и ощущение защищенности. Все это в общении с больным должно происходить не только душевно-искренне, но и достаточно тонко, деликатно, ненавязчиво, дабы не насторожить, не оттолкнуть пациента. Таким образом, существо эмоционального контакта с пациентом состоит в том, что, выказывая интерес к его душевной, личностной особенности, мы открываем ему и свою индивидуальность.

Существо, структура эмоционально-стрессовой психотерапии становятся яснее при сравнении этого направления (метода) с другими устоявшимися методами в клинической психотерапии.

I. ***Лечение внушением (суггестивная психотерапия).*** Существо метода — введение в пациента определенных мыслей, желаний, настроений, неприязни (например, к спиртному — до тошноты, рвоты). Введение это осуществля-

ется для пациента механически, машинально, т. е. без критического сопротивления пациента тому, что ему внушают (Бурно М., 1974). Здесь для нас важно то, что внушение может не сопровождаться отчетливым эмоционально-стрессовым напряжением, может осуществляться в сравнительном душевном покое, в гипнотическом состоянии или в наркопсихотерапевтической оглушенности. Хотя, конечно же, вызванное врачом эмоционально-стрессовое состояние усиливает внушаемость, как это происходит в известной методике коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных алкоголизмом В.Е. Рожнова (1975).

Хотя в гипноз погружаем пациента обычно внушением, гипнотическое состояние само по себе, без специальных формул внушения, может работать основательно психотерапевтически-специфическим способом, раскрепощая по-своему природную защиту организма. Поэтому правильнее называть это направление (первое и в смысле научного оформления в истории психотерапии), как нередко и делают: «Внушение и гипноз».

II. ***Лечение разъяснением и убеждением (рациональная психотерапия).*** Существо ее — в объяснении, сообщении и доказательстве пациенту того, чего он не знает или не понимает и вследствие этого страдает. Понятно, что в этой обоюдологической работе пациент должен обостренно-критически воспринимать разъяснения и доказательства врача. Эмоционально-стрессовое воздействие может примешиваться и в рациональную психотерапию. Эмоциональная наполненность, захлестнутость, как известно, снижает критичность ума, мешает логичности, но в то же время именно благодаря увлеченности, например, в горячем споре, и возникают свежие мысли, доводы, облекаясь в эмоционально-живую и тем более убедительную форму.

III. ***Тренировочная психотерапия (психическая саморегуляция) и условно-рефлекторная (поведенческая) психотерапия.*** Существо этого лечения состоит в том, что пациент под руководством врача, тренируясь, учится, например, лечебному самовнушению в бодрствующем состоянии или в состоянии, подобном гипнозу, в которое сам себя погружает. Так, пациент тренируется легче переносить, смягчать свои тревожные состояния, пребывая в искусственной, например, «адреналиновой» тревоге, или все дальше и сложнее (с пересадками) ездить в транспорте при фобиях и т. д. Когда в специальных занятиях аутогенной тренировкой и тем более в психотерапевтических приемах «зен», пациент испытывает внутренний душевный подъем, красочные просветления и т. п., — это уже серьезное включение эмоцио-



нально-стрессовых моментов в тренировочную психотерапию. Так, преподователь нашей кафедры (кафедра психотерапии ЦИУВ) В.Е. Смирнов (1979) в занятиях аутогенной тренировкой с больными эпилепсией предлагает им вызывать у себя «ряд конкретно-чувственных представлений, образов, преимущественно обонятельных (например, сладковатую горечь полыни в открытой степи, приторный аромат цветущего в поле мака, резкое благоухание белых ландышей в тени деревьев и т. д.)».

IV. ***Коллективная психотерапия.*** Существо ее в том, что пациенты лечебно помогают друг другу под руководством врача. Здесь эмоционально-стрессовые моменты могут особенно ярко проникать в ткань основного метода. Например, преподователь нашей кафедры И.С. Павлов (1975) в процессе коллективной психотерапии алкоголиков красочно предлагает-помогает больным представить себе два парка: первый с бесплатным рестораном, винными ларьками, а второй с «роскошным бором, танцевальными верандами», но без спиртного. При этом просит больных искренне ответить, куда бы кто охотней пошел до начала лечения. Пациенты оживляются самой «проблемой выбора», интересуются, нельзя ли сперва в первый, а потом во второй, краснеют, улыбаются, понимая явственно, а иногда и с острой неприязнью чувствуя ненормальность своей прежней жизни.

V. ***Игровая психотерапия.*** Ее существом является важнейшее свойство всякой игры — одновременное чувство условности и реальности происходящего, примененное психотерапевтически, помогающее освобождаться от некоторых душевных расстройств. Игровая психотерапия в силу творческого, театрально-художественного воображения и действия пациентов насыщена эмоционально-стрессовыми моментами, но имеет свою основную структуру и задачу — тренироваться, учиться легче, менее болезненно жить среди людей, театрально-искусственно вживаясь в разные роли, исполняя их. Если в игре пациент учится быть другим, то в истинной эмоционально-стрессовой психотерапии он учится быть прежде всего самим собой, раскрепощая для этого с помощью врача свои скрытые эмоциональные резервы.

VI. ***Активирующая психотерапия С.И. Консторума*** (1935, 1962). Существо ее — всячески активировать больного, действуя «на психику, в конечном счете, через моторику», т. е. побуждать пациента к активной деятельности, которая, в свою очередь, влияет на сознание. Достаточно прочитать, как предлагает С.И. Консторум, «беспощадно стимулировать» «погрязших в себе» психастеников, требуя



от них «перманентного аврала», толкая их в художественные музеи и на футбольные состязания, «чтобы вывести их на простор жизни», как убеждаемся в эмоционально-стрессовой насыщенности этой психотерапии, идущей, однако, от активного движения, деятельности.

VII. ***Аналитико-катарсическая психотерапия.*** Это клинический (в отличие от психоанализа) лечебный анализ душевного состояния пациента с достаточно тонким вскрытием неосознанных душевных напряжений и соответственным катарсическим отреагированием, смягчением в обретенной определенности (Рожнов, Бурно М., 1976). Легко представить себе, как и эта сложная работа может быть проникнута эмоционально-стрессовыми воздействиями.

VIII-м клиническим психотерапевтическим методом-направлением является ***эмоционально-стрессовая психотерапия***. Ее элементы, как было показано, могут вплетаться в любые другие клинические психотерапевтические направления (методы), как и сами они, бывает, одновременно переплетаются между собой в какой-нибудь конкретной живой и цельной психотерапевтической работе с пациентом. Но, как и другие психотерапевтические методы, эмоционально-стрессовая психотерапия работает нередко и в сравнительно чистом виде своими эмоционально-стрессовыми приемами и методиками.

Для клинического психотерапевта вопрос о том, какой метод вообще выше, лучше, сильнее, не имеет смысла. Только от клиники, от состояния, особенностей данного пациента зависит, какие психотерапевтические приемы следует применить. Но метод эмоционально-стрессовой психотерапии научно складывается позднее других методов, а именно в наши дни. Это объясняется нашим сложным временем повышенной эмоциональной напряженности в людях, связанной с известными моментами научно-технической революции (Бассин, Рожнов, Рожнова, 1979). Этот метод разрабатывается на нашей кафедре.

Краткая история метода

Всякий психотерапевтический метод, прежде чем научно оформиться, существует стихийно в жизни людей, основываясь на поверьях, сказочных, мифологических объяснениях или попросту на житейском опыте. Стихийное целебное эмоционально-стрессовое воздействие, смешенное с внушением, гипнозом, разъяснением, тренировкой и в своем относительно чистом виде выступает в шаманстве, в религиозных терапевтических эффектах вообще, включая сюда йогу, дзен-буддизм, заговоры. С древних времен известно лечение

музыкой, шумными плясками и весельем вокруг раненых и больных. В Древнем Риме Соран (II в. н. э.) советует лечить душевнобольных «занятными рассказами и новостями», «театральными представлениями, способными рассеять печаль, разогнать нелепые страхи». Соран, кстати, уже основательно размышляет о дифференцированном лечебном применении музыки (Каннабих, 1929, с. 49–50).

Авиценна (XI в.), рекомендуя при лечении меланхолии вместе с физическими лечебными средствами музыку и «пение певиц», считает, что в тех случаях, когда ничто не помогает, больного следует наказывать, бить по голове и по лицу, «после чего он приходит в себя, ибо это — превосходное лечение» (Авиценна, 1979, с. 136, 138).

Германский психиатр Рейль, по выражению Ю.В. Каннабиха, «один из энергичнейших борцов за улучшение участи душевнобольных», в начале XIX века смело исследовал эмоциональное психотерапевтическое воздействие, предлагая пугать больного в темноте «внезапным прикосновением вывороченной наизнанку шубы, проведением по его лицу кистью руки скелета, воздействием на его слух подлинного кошачьего концерта», а также «волнующими мелодрамами», в «особом художественном психиатрическом театре» (Каннабих, 1929, с. 228–229).

Известная германская идеалистическая школа психиков (Гейнрот, Иделер, Бенеке, первая половина XIX в.), была искренне убеждена в том, что душевнобольной — человек с порочно гипертрофированными страстями, способный вести себя правильно вследствие абсолютной свободы человеческой воли, и потому его следует исправлять наказывая. Практически эти убеждения выразились в использовании, например, таких «исправительных» механических приспособлений, как вращательная машина, полое колесо (начинало вращаться, когда помещенный туда человек становился неспокойным). Душевнобольных прижигали каленым железом, измучивали рвотой, внезапно погружали в холодную воду и т. п. Все это понималось, как лечебные попытки «психическими ударами» «разорвать извращенные представления» (Каннабих, 1929, с. 233–255). В процессе этой нечеловечески грубой психиатрии, растаптывающей личность больного, тем не менее некоторые больные поправлялись. Происходило это, несомненно, вследствие этих «психических ударов», иногда порождавших (как ясно теперь) лечебно-благотворный эмоциональный стресс. В зловещей промозглости этой психиатрической реакционности, таким образом, усматриваем стихийные крупицы эмоционально-стрессовой психотерапии. И когда в 20-х годах XX века, уже

через много лет после полной победы соматической психиатрической школы Гризингера над психиками, в эпоху воззрений Крепелина, Корсакова и первых классиков научной психотерапии, швейцарский психиатр Клези неожиданно бросал кататоника в бассейн, прерывая таким образом его ступор, смягчая аутизм, делая больного доступнее и тем самым возвращая несколько к реальной жизни (Консторум, 1935, 1962), то этот прием (также эмоционально-стрессовый по своей сути) уже не вызывает у нас того человеческого протеста, воспринимаясь как настоящее, человечное лечение без всякого наказания.

Наконец, в созданной В.Е. Рожновым более 20 лет назад и упоминавшейся выше методике коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных алкоголизмом, когда врач заражает пациентов собственной искренней взволнованностью за их судьбу, вызывает у них тяжелую, до рвоты, неприязнь к спиртному, к прежней болезненно-пьяной жизни, уже совершенно ясно подчеркивается, что это должна быть «обстановка спасения утопающего», когда больной искренне готов помучиться ради будущей трезвой, настоящей жизни (Рожнов, 1975).

Однако эмоционально-стрессовая психотерапия далеко не исчерпывается целебным эмоционально-стрессовым воздействием высокого накала. Она выражается и в том, что врач всячески открывает в пациентах эмоционально-стрессовую увлеченность жизнью. Для нас важно, что такой глубокий клинический психотерапевт, как С.И. Консторум, считает основоположниками отечественной психотерапии Бехтерева и Яроцкого (Консторум, 1962, с. 28).

Терапевт А.И. Яроцкий в знаменитой книге «Идеализм как физиологический фактор» (1908), понимая под идеализмом «известное душевное состояние-стремление к идеалу», охваченность идеалами, впервые в сущности так материалистически подробно и выразительно показывает лечебно-благотворное действие этого душевного состояния на патологические процессы в широком смысле, на старческое увядание и советует всем людям жить в поднимающей сопротивляемость организма охваченности идеалами, овладеть этим «духовным вооружением», например, научившись эстетически наслаждаться природой, искусством или следуя живому образу какого-то человека. Позднее (1913) автор пишет, что «нравственный импульс... заставляет человека действовать в направлении общей пользы» и ведет его «к наибольшему расцвету и полноте душевной жизни» (Яроцкий, 1913). Это важнейший момент в эмоционально-стрессовой психотерапии (сегодня принцип Яроцкого иначе не

назовешь), так как в конечном счете в высших своих формах эмоционально-стрессовая психотерапия поднимает пациента к общественно-полезным заботам-делам (будь то писание книги, изготовление художественных фотографий, в том числе для знакомых и близких, вдохновенное руководство кулинарным кружком).

С.И. Консторум полагает, что А.И. Яроцкий «наметил тот именно психотерапевтический принцип, названный им «аретотерапия»*, который должен явиться отправной точкой наших исканий в этой области». С.И. Консторум подкрепляет это свое положение заключительными словами статьи Ю.В. Каннабиха «Психотерапия» в первом издании БМЭ: «Следует также обратить внимание на занятие искусствами, т. е. на *творческий труд* (курсив Каннабиха), значение которого как фактора полезных психофизиологических перемен еще не изучено в полной мере. Но многое заставляет думать, что именно этот род деятельности, заключенный в определенные границы, способен дать *наиболее сильные* психотерапевтические рефлексы (курсив наш — *С.К.*)» (Консторум, 1962, с. 89).

В середине XX века всемирно известным сделалось учение канадского патофизиолога Ганса Селье о стрессе — «общем адаптационном синдроме» (совокупности защитно-неспецифических, природно-лечебных реакций организма, порождаемых различными физическими и психическими воздействиями-стрессорами). В недавно вышедшей книге (Селье, 1979) Селье подчеркивает, что стресса как раскрепощения организмической защиты «не следует избегать», свобода от стресса — смерть. Если это не вредоносный стресс (дистресс), то можно использовать его, наслаждаясь им, здоровея от него. Профессор В.Е. Рожнов, заведующий нашей кафедрой (кафедра психотерапии ЦИУВ), еще в 50-х годах применил эмоциональный стресс** в методике коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных алкоголизмом. В структуре этой методики уже ясно звучит зачаток концепции эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова: для лечения больных продуманно, обоснованно используется вызванное психотерапевтически защитно-благотворное душевно-телесное напряжение, т. е. эмоциональный стресс в понимании Селье.

Практически, как мы видели, врачи поступали подобным эмоционально-стрессовым образом и вне рамок этой новой психотерапевтической концепции. С.И. Консторум, в

* От *arete* — доблесть (*греч.*).
** Стресс, вызванный эмоциональными стрессорами.

сущности, эмоционально-стрессово помогал больной истерией своей известной будоражащей «атакой» (Консторум, 1962, с. 139). Когда В.Е. Смирнов, заметив у слабоумного эпилептика интерес к географии, приносит ему карту, соответствующие книги, журналы, психотерапевтически выслушивает увлеченные рассказы пациента о столицах, о протяженности рек, о высоте гор, наблюдая явное улучшение состояния с урежением припадков (Смирнов, 1979, с. 479), — это также, без сомнения, эмоционально-стрессовое воздействие.

Однако концепция эмоционально-стрессовой психотерапии указывает существо — единый эмоционально-стрессовый психо-биологический механизм всех этих приемов, кристаллизуя их в стройную клиническую систему (метод, направление). Сами собой включаются сюда многочисленные приемы терапии творчеством, искусством, общением с природой, целебная увлеченность спортом и т. д. Клиницизм метода требует дифференцированного применения эмоционально-стрессовых приемов в соответствии с особенностями клиники.

Конкретные эмоционально-стрессовые методики

Методика коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных алкоголизмом В.Е. Рожнова *(Рожнов, 1975; Рожнов и Бурно М., 1979)*

Эта методика наиболее оформилась, сложилась и достаточно подробно описана в литературе. Существует также ***вариант этой методики применительно к больным истерическим неврозом*** *(Каравирт, 1980).*

Методики в духе эмоционально-стрессовой увлеченности

Терапия общением с природой

Существо просветляющего, одухотворяющего действия природы на человека заключается, видимо, прежде всего в благотворном, часто неосознанном эффекте созвучия человеческой природы со своей материнской основой, природой-матерью, из которой мы все вышли. В лесу, на поляне и просто в сквере человек, даже не вдумываясь в это, чувствует единый план строения природы (у ящерицы, лягушки тоже глаза, пальцы, дыхание; в лопухе разветвляющиеся сосуды, подобные кровеносным, и зеленая кровь растения питает лист, как красная кровь питает ткань человеческого организма, и т. д.). У многих при этом возникает приятное ощущение родства с природой, радостное успокоение, люди как бы душевно заражаются от природы ее сиюминутной «радостью бытия», неспособностью, например, домашних

животных чисто человечески тревожиться за себя, если нет непосредственной опасности, их блаженством в безмятежной расслабленности (собака, кот).

Просто и методически удобно пробуждать в пациентах живой интерес к природе или обращать их серьезное внимание на этот имеющийся уже интерес, рассматривая в уютной обстановке коллективной психотерапии слайды видов природы на экране, разбирая и разглядывая живые цветы, камни, пригласив в группу человека с умницей-собакой и т. д. Делать это следует мягко, неназойливо, не огорчаясь, не хмурясь, что кого-то это так и не заинтересовывает, помня, что каждому свое и, в конце концов, неважно, какие именно методики подействуют тут эмоционально-стрессово. Хорошо спрашивать пациентов о названиях трав, цветов, кактусов на слайдах, чтоб заинтересовать поначалу названием, двумя-тремя словами о жизни цветка и его пользе для человека (например, лекарственной). Немудреный, но верный способ пробудить чувство к природе — помочь человеку узнать ее подробнее (знаешь название цветка — и уже больше тепла к нему).

Целебно действующее выращивание цветов с чтением о них, воспитание собаки, художественное фотографирование, рисование, описание природы — это уже более сильные эмоционально-стрессовые приемы, в которых общение с природой потенцируется терапией творчеством, библиотерапией. В кропотливом внимательном наблюдении за некоторыми насекомыми, подробности жизни которых важно знать для сельского хозяйства (под руководством профессионалов-зоологов, не способных тут обойтись без армии любителей), ясно звучит уже благотворный, поднимающий душу момент общественно-полезной деятельности (см., например, подобное официальное задание по раскрытию тайны опыления гречихи в журнале «Юный натуралист», 1980, № 6, с. 36).

Для практической работы необходимо клинически учитывать, что циклоид склонен воспринимать природу со всей живой, полнокровной непосредственностью, естественностью, не отделяя себя от природы, восторгаясь, например, в своем слайде сочно-красными маками, лиловыми иван-чаями. Вообще ему обычно созвучнее естественные полевые и лесные цветы, нежели садовые. В субдепрессивном состоянии он тянется к веселым, ярким краскам природы, чтоб «зажечься» от них.

Психастеник так же естественно относится к живой природе и тоже склонен ее одухотворять, но здесь нет той чувственности, красочности, непосредственности, а есть

лирически-задушевная, внешняя скромность с наполненностью размышлениями, например, о едином плане строения живого. На слайдах психастеника видим нередко уютные места природы, без высокого неба, растения, снятые крупным планом, в которых пациент как бы растворяет, рассасывает свою тревогу, проникаясь светлым покоем. Из поэтов и писателей, глубоко изображающих природу, циклоиду и психастенику с их реалистичностью более созвучны Кольцов, Фет, Тютчев, Аксаков, Пришвин, Солоухин, Астафьев.

Шизоид или шизофренический пациент нередко обнаруживает в отношениях с природой и ярко-пряную (иногда несколько вычурную) чувственность, и философическую углубленность. В их слайдах даже в рисунке веток, переплетающихся растений говорит часто нечто геометрически-символическое, аутистически-чопорное, много места отдается высокому небу, зловещим облакам, космическим настроениям. Тут не просто мягкая нежность, душевность к домашним животным, как близким к человеку живым существам, тоже способным радоваться и огорчаться, привязываться, защищать хозяина, а часто фанатическое преклонение перед животным или даже насекомым, воспринимающим мир непосредственно, без мысли, а значит «ближе к истине». Этим пациентам из писателей созвучнее Торо, Серая Сова, Швейцер. Бывает, здесь самыми глубокими и одухотворяющими оказываются общения с насекомыми и камнями.

Истерический пациент наслаждается природой чувственно-ярко, но с той или другой позой, например позой размышления.

Таким образом, работая индивидуально и в группе, каждому пациенту важно помогать особенно, то есть сообразно его собственным душевно-защитным механизмам, раскрывая их и целебно совершенствуя.

Из общеобразовательных книг о природе (о работе с этой методикой) могут помочь врачу и пациенту известные книги Дарвина, Фабра, Тимирязева, Сабанеева, Ферсмана, Лункевича, Дм. Зуева, Плавильщикова и книги современных авторов — А.Н. Стрижева и И.Д. Лаптева.

Терапия творчеством

Лечебное творчество, т. е. сообщение, передавание другим людям своей индивидуальности в мыслях и в переживаниях, научное или художественное самовыражение, целебно уточняющее, утверждающее, просветляющее личность, следует понимать широко. Это не только писание рассказов, стихов, очерков, рисование, лепка, чеканка, выпиливание, но и

творческие поиски природных предметов (корней, сучьев, камней), в которых звучат индивидуальность, особенность, настроение художника, передающиеся зрителю. Несущие в себе особенность автора пироги к групповому чаю также могут считаться лечебным творчеством. Самый «удобный» вид творчества, с которого советую начинать, если трудно в этом отношении работать с недоверчивым пациентом, — это попытки делать художественные слайды (художественная фотография вообще). Пациент в группе постоянно смотрит слайды своих товарищей, врача, начинает понемногу понимать, что дело тут не в таланте, не в мастерстве, а в том, чтобы выразить свою индивидуальность, особенности личности, что возможно сделать самой дешевой камерой и что, оказывается, так помогает другим в группе лечебно улучшиться. Испытав же ощутимую помощь от такой терапии, пациент уже относится к этому как к серьезному и важному для него, а не просто развлечению слайдами, как думал раньше. Важно постоянно подчеркивать: у нас не литературный или фотографический кружок, а попытки выразить себя, дабы стало легче. Нужно клинически помочь пациенту творчески работать по-своему, в духе собственной душевной защиты.

Терапия общением с искусством

Клиническое существо методики — неназойливо, мягко способствовать тому, чтобы пациент нашел созвучное себе в искусстве и целебно наслаждался этим «стрессом созвучия», дабы совершенствоваться духовно, приближаться к найденному идеалу. При этом психастенические пациенты находят, например, особенное созвучие с произведениями Некрасова, Чехова, Л. Толстого, как и циклоиды — с живописью Тропинина, Саврасова, Левитана. Фламандская живопись, живопись Кустодиева, произведения Пушкина, А.И. Островского обычно созвучны циклоидам, но приятно бодрят, благотворно освежают, оживляют психастеников и астеников, не удовлетворяя некоторых шизоидов своей «круглой сочностью», «ограниченностью анализа». Шизоидам, шизофреническим пациентам бывают особенно близки произведения Лермонтова, Гессе, Достоевского, картины Врубеля, Чюрлениса. В подобном клиническом духе возможно говорить о скульптуре, о музыкальных произведениях. Пусть, главное, пациент научится не огорчаться, не отчаиваться, что ему что-то в искусстве не нравится, непонятно, тогда как другие от этого в восторге. Каждому свое. Отсылаем читателя по этому вопросу к работам В.Е. Рожнова и А.В. Свешникова (1979), Л.С. Брусиловского (1979).

Терапия коллекционированием

Советуем здесь клинически помочь пациенту в соответствии с его особенностями и состоянием коллекционировать то и так, чтоб это воздействовало на него в духе эмоционально-стрессовой приподнятости, увлеченности (Рожнов, Бурно М., 1974).

* * *

Таким образом, при клинической работе с этими методиками следует сообразовывать наши советы, психотерапевтические намеки, подборы слайдов, музыкальных произведений с клиническими особенностями — определенными структурами — картинами циклоидной, психастенической и другой душевной самозащиты, разумно способствуя этой самозащите, совершенствуя ее. Важно, чтобы и сам пациент, познавая элементы типологии личностей, знал, к чему он более расположен, в чем его способность и сила.

Для успеха работы с указанными методиками важно, чтобы врач прочувствовал моменты благотворного эмоционально-стрессового воздействия на самом себе, участвовал в этой терапии также и каким-то своим собственным художественным творчеством, подчеркивая тем и свою особенность в сравнении с особенностями пациентов, вдохновляя примером. Необходимый для такого рода работы эмоциональный контакт с пациентом, подчеркиваю, возникает в том случае, когда врач искренне интересуется личностью пациента и сам, в свою очередь, открывает пациенту свою индивидуальность (например, в домашней переписке).

Нельзя забывать о моменте общественной полезности всякого эмоционально-стрессового лечебного воздействия в духе увлеченности. Даже своими коллекциями можно быть ощутимо полезным людям, знакомя их, в сущности, и со своим портретом, который складывается из созвучных коллекционеру марок, открыток или старинных предметов.

Эмоционально-стрессовая психотерапия — самая жизненная психотерапия. Ее идеал — психотерапевтическое способствование увлеченности профессиональным делом и счастью с близкими людьми. Как совершенствуется, усложняется хирургия, например, лазерами, электроникой, так не стоит на месте и психотерапия, усложняясь, в частности, в плане описанного научно-клинического эмоционально-стрессового воздействия в широком смысле. При этом сам врач должен проникнуться эмоционально-стрессовым состоянием, многое нужно ему узнать из искусства, философии, биологии, фотографии, преломить все это клинически для насущной работы с современными пациентами. Для клиниче-

ского психотерапевта, как уже отмечено, нет вопроса: какой клинический психотерапевтический метод сильнее? Однако, если врач своими душевными особенностями и психотерапевтическим воспитанием расположен к эмоционально-стрессовой психотерапии в различных конкретных видах, то, естественно, он и в других методах своей психотерапевтической работы обнаружит благотворные эмоционально-стрессовые включения. Когда с проникновенностью говорим пациентам, находящимся в гипнотическом состоянии, что на душе мягко, легко и светло, что в этом состоянии уже не усложняешь, как раньше, не запутываешься в назойливых, тревожных мелочах, а понимаешь ясно, что все проще и глубже, видишь отчетливо-оптимистически свое место среди природы и людей, то это уже не просто внушение и гипноз.

Приведу конкретный клинический пример эмоционально-стрессовой психотерапии

Пациент С., 1938 года рождения, инженер-электромеханик. Воспитывался в трудовой семье московских инженеров вместе со старшим братом. В 25 лет закончил технический вуз и работает там до сих пор в проблемной лаборатории. Перенес в детстве коклюш, свинку, корь, скарлатину, длительно страдал хроническим тонзиллитом, отитом. В 17 лет удалены миндалины.

Считает, что болен настоящим заболеванием столько времени, сколько себя помнит.

Душевные расстройства, испытываемые с детства, сам делит условно на шесть основных групп, сочетающихся обычно друг с другом, но с преобладанием того или другого расстройства.

I. ***Тоскливость*** с отсутствием каких-либо желаний, включающая в себя также слабодушие, тягостное беспредметное чувство обреченности, угрызения совести и душевную ранимость. Нередко тоскливость сопровождается беспредметным страхом, тревогой, боязнью сойти с ума. Возникающее при этом «активное нежелание жить» проникнуто мыслью, что «смерть не выход».

II. ***Деперсонализационно-дереализационные расстройства***, которые больной обозначает как состояния «болезненного нарушения или искажения привычного восприятия» при ясном понимании этого или «дезориентация». При «физической дезориентации» не может правильно оценить на знакомой улице расстояния и их соотношения. При «эмоциональной дезориентации» старые предметы в своей комнате кажутся не вполне знакомыми, узнает их лишь по формаль-

ным признакам. И диван, и приемник, и тетрадки на столе — все в таком же положении, как оставил, уходя из дома, но «что-то делает их чужими» («не могу определить свое, действительное отношение к настоящему», «неверные чувства»). При «нравственной дезориентации» не может почувствовать скверный поступок, понимая только головой, что это скверно (вдруг «рассыпается» нравственная установка). При «умственной дезориентации» не может разобраться в схеме, которую сам придумал, собрал и пустил в работу. «Дезориентацией», проникнутой тоскливостью, считает и особое «тяжкое состояние отсутствия видимых критериев», «нет полного ощущения себя, возникают бесконечные «зачем» и «почему» по любому поводу, на которые не находишь положительных ответов» (например, «зачем вдыхать?», «зачем выдыхать?»). Все слова теряют смысл оттого, что он не может воспринимать их по-своему. Любимая мелодия на время становится «чужой»: непонятно, как могло это нравиться. Не склонный по природе своей раздражаться, повышать голос, вдруг в этом состоянии «наорет», вообще поведет себя агрессивно или, наоборот, слишком тихо, покладисто, «очень правильно». Так, в трудной служебной ситуации предлагает собственное правильное решение. Окружающие с ним согласны. «И только позже, — рассказывает, — обнаруживаешь, что решение правильное, но не мое, не свойственное моему характеру, от болезни оно, не от характера. То есть не решил, а сневротизировал — лучше не скажешь. Лучше бы я ошибся, но ошибся по-своему. Когда что-то не по-своему — это так тягостно! Время, потраченное на это,— не мое — ушло напрасно. Когда чувствуешь, думаешь не по-своему, утрачивается смысл жизни. Когда в тебе все совершается как бы само собой, страшно потерять рассудок, потому что не знаю, что придет в голову и что сделаю в следующий момент (придет, например, навязчивая мысль ударить кого-то)*. По мере смягчения этого состояния все больше чувствуешь себя самим собой». Или, например, он соблюдает в этом состоянии все правила уличного движения, и это опять ему тягостно, потому что это не он, его натуре это не свойственно.

III. ***«Фобии» — острые беспричинные страхи и тревоги***, которые могут достигать степени «замирания в ужасе». Например, боится «возможного телефонного звонка

---

* Здесь намечается переход от деперсонализации к навязчивостям, обнаруживается общий их депрессивный корень. В свою очередь, словами пациента, «из навязчивостей вытекает утрата собственного мироощущения».

как такового»: кажется, что «если зазвонит телефон, то у меня разорвется сердце (или что-нибудь в этом роде), но вот телефон зазвонил и ничего не случилось, но я тем не менее со страхом жду нового звонка». Сравнивает этот страх с ощущением, будто сидит на скользкой мокрой крыше на большой высоте и «чуть шевельнусь — все к черту». В эти периоды возникает страх броситься с моста в реку, если идет по мосту, или страх выброситься из окна своей квартиры на девятом этаже. Даже в спокойном состоянии впоследствии допускает, что в это время мог бы выброситься. Несколько помогают смягчить страхи в эту пору какие-то механические действия (перекладывает книги, перебирает коллекцию открыток, готовит обед).

IV. ***Болезненное возбуждение***, «будто волнение перед экзаменом». Никогда не знает, во что выльется это состояние в следующий момент («известно только, что ни во что хорошее оно не выливается»). В отличие от естественного состояния повышенной активности, в этом возбуждении всегда звучит момент «эмоциональной дезориентации», воспринимаемой как болезненное. Раздражительность в рамках этого расстройства может, как он думает и чувствует, перейти в агрессивность. Потому он пытается избегать в это время контактов с людьми. Так, однажды в подобном возбужденном состоянии, чувствуя, что склонен сорваться на домашних, уехал на велосипеде подальше от дачи. Остановился на торфяной кромке среди камышей, клюквы и мха. Четверо мужчин рвут камыши, нагружая ими лодку. «Доходчиво, вежливо» сказал им:

— Мужики, ну, сорвали немного, и хватит.

— Тебе больше других надо?

Схватил наперевес доску, и они убежали.

V. ***«Депрессивная простуда»***. Это отдельные случаи повышенной температуры тела, озноба, познабливания, жара, своеобразная мышечная слабость и утомляемость, разнообразные кожные ощущения. Например, «постоянно в той или иной мере ощущается что-то вроде ожога кожи, как это бывает при солнечном ожоге». Усиливаясь, это ощущение может доводить до «невыносимых состояний». Чисто соматические (не психопатологические) болезненные расстройства (язвенные, холециститные, страдает этими болезнями, настоящий ожог и т. д.) страшны только тем, что вызывают указанные выше душевные «соматические» явления. Например, легко переносит сильную головную боль, если только она не «невротизирует», т. е. не возбуждает душевно-соматические страдания. «При этом, — пишет пациент, — никогда не знаешь, в какой мере то или иное явление окажется

невротизирующим: весьма болезненная и долгая операция может пройти вполне сносно, тогда как небольшая царапина способна вызвать почти что обморок».

Динамика развития приступа «депрессивной простуды» — последние лет пятнадцать. Вдруг среди хорошего самочувствия днем возникает тоскливая напряженность с трудновыразимым, но отчетливым оттенком «простудности». Затем появляется «тепловой дискомфорт» с чередованием или сочетанием «болезненного жара» и «болезненной зябкости» при одновременном «болезненном обострении чувствительности кожи». Одежда начинает «шерстить», иногда почти невыносимо. Ночью, в полусне, жар или зябкость уже достаточно сильны, весь другой день держится жар, но температура пока нормальная, слабости, недомогания и насморка нет. Ощущение жара «просто изводит, обостряясь при физической или душевной нагрузке, при приемах пищи, при изменении внешних условий (температуры, влажности)». С утра нарастает «неопределенная головная боль и стеснение в голове», а потом при ощущении явного облегчения повышается температура тела до 37,5°. Тут уже хочется почитать, вздремнуть, поесть, делается ясней и светлей на душе. Появившиеся насморк, головная боль, недомогание и прочее подобное — все это почти не идет в счет на этом фоне. Но как только температура становится нормальной, ухудшается душевное состояние, и те же головная боль, насморк, слабость, тошнота, сердцебиение делаются мучительными, кажется, что это уже никогда не кончится, все валится из рук и т. д. Но вдруг в один из дней состояние само по себе улучшается, и в течение нескольких часов «простуда» совершенно угасает.

Если в детстве и юности температура в этих состояниях поднималась до 39,5° с ощущением явного облегчения, когда температура уже выше 39°, то в последние 15 лет, как было уже указано, «нервная» температура не поднимается выше 37,5°.

VI. ***Обсессии*** — навязчивые скверного содержания мысли («от мелкого хулиганства до крайнего злодейства»), реализация которых кажется неизбежной. Чувствует, что не может противостоять навязчивостям. Значительная острота этих состояний «просто ошеломляет», и, видимо, поэтому, как считает пациент, здесь в остром состоянии как бы отсутствуют признаки, «тени» перечисленных выше расстройств, но спадает острота — и налицо «дезориентация». Эти состояния «обрушиваются» на больного «кошмарной лавиной» особенно с 1965 г. Хотя психиатры с самого начала твердо ему сказали, что «эти дикие мысли» никогда не будут реа-

лизованы, ему до сих пор кажется, что это все дело случая; понял только, что «эти состояния характеризуются еще и стремлением избежать реализации». Типичные примеры содержания навязчивостей: «устроить жуткий скандал в трамвае» («план обычно придумывается мгновенно и отличается удивительной виртуозностью, во всяком случае, нарочно ничего подобного так быстро не придумаешь: ясно, кого ударить, кому надвинуть шляпу — и конфликт готов»); острая мысль-желание выброситься из своего окна на девятом этаже, прыгнуть с моста. Во всех этих случаях старается уйти от возможного скандала или опасности, «действуя остатком рассудка».

Динамика описанных расстройств в течение жизни и лечение (до специального эмоционально-стрессового воздействия)

До 23 лет преобладали смешения ***тоскливости*** (I) с ***«депрессивной простудой»*** (V), мучили ночные страхи. В 23 года упал с мотороллера. Сознания не потерял, даже не ушибся, лишь немного «ободрался», но перепугался, а ночью охватил ужас. Стал разбираться, чего же боится, и решил, что столбняка. Утром пошел сделать противостолбнячную прививку, но достаточно острый страх столбняка и вообще смерти от других возможных причин держался еще два месяца (думалось, что поздно сделал противостолбнячную прививку и т. д.). Так «открылись» особые острые «фобии» (III) и обсессии (IV). Стал ходить к терапевтам, искать у себя болезни, и нашли язвенную болезнь с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке и гепатохолецистит. Обсессии резко усилились весной 1965 г. (27 лет) в терапевтическом отделении больницы, где С. находился с обострением язвенной болезни и гепатохолецистита. Там резко ухудшилось душевное состояние, когда в разговоре с врачом обрадовался предстоящей выписке (возникли «кошмарной лавиной» навязчивости: желание вмешаться в обход, ударить больного, убить врача и выброситься в окно). Выбежал в страхе из палаты в холл, пытался, чтоб отвлечься от навязчивостей, набирать номер в телефоне-автомате, но успокоиться не мог даже в беседе с врачом. Больного выписали с новым дополнительным диагнозом «диэнцефальный синдром», направив в районный психоневрологический диспансер.

В городском транспорте охватывали острые навязчивые мысли-желания: с подробной, необыкновенной изобретательностью рисовалось в воображении, как, например, можно максимальное количество людей одновременно столкнуть под поезд метро. На высоте испытывал навязчивое

желание броситься вниз или кого-либо сбросить, возникало навязчивое желание повредить людей острыми предметами. Подобные навязчивые желания до сих пор не реализовывались, но «лавина» их «хуже смерти», возникает чувство, что «сошел с ума». Врач диспансера после краткой беседы заключил, что в диспансере С. «делать нечего».

С 1965 по 1972 г. (до 34 лет) не мог получить квалифицированной помощи. Невропатологи направляли к психиатру, участковый психиатр считал, что с «неврозом навязчивости» не следует лечиться у психиатров. Только в 34 года, когда болезненное состояние усугубилось во всех своих проявлениях, по настоянию родственников пошел к одному психиатру-консультанту и лечился лекарствами амбулаторно. В разных дозах, в комбинации и в отдельности получал аминазин, этаперазин, галоперидол, сонапакс, тизерцин, мелипрамин, амитриптилин, триптизол, седуксен, эуноктин и многое другое. Поначалу стал получать 10 мг этаперазина и 5 мг седуксена per os. Это сразу принесло «сильное облегчение». Но через несколько дней дозы пришлось повышать, давать корректор, возникли нейролептические явления, резко обострились особенно деперсонализационные расстройства и обсессии. Это «принесло такие страдания, в сравнении с которыми оказалось мелочью все то, против чего это лечение было направлено». Через два месяца после начала лечения с введением новых препаратов произошло такое «беспросветное» сгущение болезненных расстройств, так понизилась душевная сопротивляемость им, что однажды в этом же 1972 г., проглотив 50 мг триптизола, по дороге домой от врача и по совету врача, не смог уже добраться до дома, так как замучили обострившиеся навязчивые желания броситься под машину, под поезд метро. Вынужден был пойти к жившему поблизости брату. В квартире у брата на двенадцатом этаже почувствовал, что «попался в ловушку», обязательно выбросится сейчас из окна или выбросит своего годовалого племянника, не сможет уйти отсюда. Был неотложно вызван психиатр, больной стационирован в Московскую психиатрическую больницу № 3. Находился в больнице более 1,5 месяцев с ухудшениями и без лечебного успеха от лекарственного лечения. «Перемучивался» дома.

В июне-июле 1972 г. также без успеха лечился в нашей психотерапевтической клинике (психиатрическая больница № 12): индивидуальные беседы, аутогенная тренировка, гипнотерапия, функциональные тренировки, транквилизаторы в обстановке «чудесного психотерапевтического контакта с врачом». Через несколько месяцев после выписки из клиники больному удалось попасть на прием к московскому

психотерапевту, знаменитому особенно своими научно-популярными книгами. Психотерапевт выслушал его внимательно и сказал, что дело серьезно, плохо, и он тут помочь не сможет. Сам больной обозначил заключение этого врача печальным словом: «крышка». Однако важно, что больной выслушал все это с некоторым удовлетворением — ему стало несколько легче хотя бы от того, что врач понял, почувствовал, как ему тягостно. Он спросил врача, что бы тот сам все-таки делал на его месте. Врач сказал, что прежде всего попытался бы «отбиться» от лекарств, например, с помощью голодания, и помог больному лечь в отделение лечебного голодания больницы Ганнушкина. Лечение в этом отделении (осень 1974 г.), как считает С., сняло то резкое ухудшение, что принесли лекарства. С тех пор нейролептики и антидепрессанты не принимает, если не считать литий. Карбонат лития осторожно под моим наблюдением пробовал принимать в январе 1980 г. по 1/4 табл. (1 табл. — 0,3 г) в день и через 3 недели пришлось отменить препарат вследствие соленого вкуса во рту, неприятной жажды, слабости и неприязненного отношения к препарату в связи с этим — при лабораторных анализах, не улавливающих концентрацию лития в крови.

Представляется важным обобщенное сегодняшнее мнение больного о действии на него лекарств. Нейролептики и антидепрессанты основательно ухудшали состояние и вызвали глубокую неприязнь к ним. С. объясняет: «Когда болтаюсь в одном из своих болезненных состояний, рано или поздно (обычно через 1–2 недели) возникает ощущение просвета, с теми же лекарствами все «беспросветно». С лекарствами тягостно, без них, пока не отвык, — еще хуже. Испытанные комбинации, смягчающие страхи, «переводящие» их в безразличие — димедрол+тройчатка, эуноктин+радедорм, все в малых дозах. Но и от этих лекарств, особенно эуноктина, трудно отвыкнуть. Больной отмечает, что нейролептики, антидепрессанты и многие транквилизаторы, которые пришлось ему принимать, «анестезируют», но это усугубляет тягостное ощущение ускользания собственной индивидуальности, «ощущение робота». «Эти лекарства вызывают или усиливают, — пишет он, — дезориентацию до ужасов, столько там нового, незнакомого, неясного в плане изменения собственного мироощущения».

Тоскливость (I) и ***психосенсорные расстройства*** (II), часто смешанные друг с другом, занимают 90% времени среди всех болезненных расстройств. Все группы расстройств по-своему тяжелы и количественно несравнимы. Какое из болезненных расстройств неприятнее — зависит

только от ситуации. Например, если отправляется на электричке к тетушке в пансионат в соседний город, то, понятно, предпочитает «кожный дискомфорт» навязчивым мыслям-желаниям выбросить кого-то в окно электропоезда.

Последние десять-пятнадцать лет считает самым основным, ведущим, проникающим во все остальные болезненные расстройства, наметившийся с детства деперсонализационно-дереализационный момент — «отсутствие естественного мироощущения, т. е. того, что делает человеческую жизнь человеческой и именно моей, хотя внешне, для других, это незаметно».

Жил все время вместе с родителями. С 1976 г., после смерти матери, живет вместе с отцом, работает и после лечения голоданием (1974) больничных листов у психиатра не получал, превозмогал себя, а в последние годы стало, как считает, вследствие психотерапевтического вмешательства особого характера, существенно легче справляться с собой.

Работа (инженер-электромеханик) не увлекает, много «канцелярщины». Но защищать диссертацию или перейти на другую работу нет желания и сил. В свободное время с охотой занимается хозяйством. С детства любит принадлежащую их семье подмосковную дачу — большой старый дом с резными наличниками и большим садом, расположенный у самого леса.

Отношения с женщинами не были для него проблемой, считает, что нет здесь особенностей, но не было и «желания что-то строить вместе», если не считать одну женщину, в которую был влюблен, но она его никогда не любила. Это был бы исключительный случай, когда он мог бы жениться, отставив мотив, что для семьи он нездоров. От будущей жены хотелось не доверия и прощения его болезни, а понимания болезни и взыскивания, «втыка» за жалобы. Сейчас относится ко всему этому проще, встречи с женщинами редки. «Синдром отмены» тяжел для него и в лекарствах, и в сексе.

Психический статус

В беседе гипомимичен и эмоционально однотонен, стереотипно морщит лоб. При этом душевно тонок, встревожен, раним, деликатен, беспокоится, не злоупотребляет ли временем врача. В то же время в своем рассказе, в ответах на вопросы иногда расплывается мысленно. Порой в ответственные моменты может неплохо сосредоточиться. Налицо душевная расщепленность, разобщенность. Например, съеживающаяся стеснительность, колко-ранимый, почти испуганный внутренне взгляд среди гипомимической эмоцио-

нальной однотонности. Создается впечатление психомоторной стеснительной неловкости и в то же время легкой деревянности. Сам считает, что он не столько стеснителен, сколько неестественен вследствие ускользания свойственного ему мироощущения, ему трудно «соединить мысль с эмоцией». Именно его неестественность вследствие чувства утраты своей индивидуальности проявляется, как считает, в стеснительности или в излишней разговорчивости. В нерешительности, некоторой угловатости движений одновременно чувствуется и мягкость, даже астеническая нежность. Возникает впечатление милоты от душевной беспомощности и разобщенности. Из писателей особенно созвучен А.П. Чехов. Склонен к «жестокой дисциплине и порядку во всех отношениях».

Неврологический статус

Незначительная асимметрия оскала. Симптомы орального автоматизма.

ЭЭГ. Заключение: отмечаются диффузные изменения электроактивности, указывающие на аномальное функциональное состояние (усиленную активность) структур диэнцефально-таламической области (доктор мед. наук В.А. Файвишевский).

Соматический статус

Высокого роста, астенического телосложения, тонкие кости, всю жизнь худой (пониженного питания), бледно-серая кожа. В 1962 г. обнаружены язвенная болезнь с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, гепатохолецистит. В 1965 г. сильное обострение этих болезней.

Перенесенные операции: на гайморовой полости под местным наркозом (1975), на венах правой ноги по поводу варикозного расширения вен под общим наркозом (1976).

Диагностическое заключение

Указанные болезненные расстройства (6 групп) представляются депрессивными. Структура этих расстройств проникнута ювелирно-тонкой личностной измененностью, нежными расщепленностями без каких бы то ни было психических грубоватостей. Этот глубинный, но тонкий, геометрически-мягкий привкус расстройства присущ не органическому или эпилептическому, а эндогенному процессу, развивающемуся вяло и прежде всего в седалище высших вегетативных и психосенсорных функций.

Анамнез болезни, психический статус, ЭЭГ, полный неуспех обычного противоневротического лечения позволяют



здесь предположить диагноз мягкого неврозоподобного эндогенного процесса, в картине которого, как это нередко бывает, звучат различные неврозоподобные расстройства — навязчивые, вегетативно-ипохондрические, психастеноподобные, но на первый план, перекрывая и пронизывая все другое, выходят расстройства депрессивно-деперсонализационные. (По МКБ-10 — синдром деперсонализации-дереализации — *прим. 2000 г.*)

Психотерапевтическое вмешательство эмоционально-стрессового характера

Впервые встретился с больным, консультируя его в Московской психиатрической больнице № 3 (1972). Отметил тогда, наряду с другими болезненными расстройствами, чувство одиночества и непонятности людям, отметил некоторые собственные приемы самолечения — коллекционирование марок, тяга к природе (ходить в лес для него — «праздник жизни», даже возникают просветы в болезненном состоянии, ощущение здоровья на несколько минут, когда увидит «любимые елки»). На основании этого неконкретно посоветовал лечащему врачу опереться в лечении больного на общение его с природой, углубиться в книги М.М. Пришвина. Однако, как сейчас отмечает С., тогдашний совет врача взять при ухудшении состояния Пришвина под мышку и отправиться в лес не помог, даже «взбесил» внутренне, наставительность раздражала. Попытки лечения гипнозом и аутогенной тренировкой через полгода в нашей психотерапевтической клинике также не удались. Аутогенная тренировка, которой упорно и добросовестно занимался еще в психиатрическпй больнице № 3, раздражала своей «механичностью» и «бездуховностью», в сеансах гипноза уже при первых движениях и словах врача возникала мысленная вяловато-ядовитая критика*. Больной отмечает, что «нормально-традиционный подход к делу» внутренне возмущал тем, что сквозь упорные занятия, пробы ясно чувствовалось: «это не мое», «не мой путь». Все это лишь усиливало его основное страдание — тягостное чувство ускользания индивидуальности, так как было направлено «мимо индивидуальности», не удерживало ее, не развивало.

Второй раз мы встретились в ноябре 1976 г., когда он был направлен ко мне для лечения в кафедральную амбулаторию врачом, наблюдавшим его амбулаторно после выписки из нашей клиники. С тех пор пытаюсь систематически, в основном психотерапевтически, ему помогать.

* Мои попытки помочь больному гипнозом или аутогенной тренировкой также не удались.

Уже в первые наши индивидуальные беседы он отметил, что здоровое, природное и больное, постоянно непримиримо борются в нем, но больное и здоровое «объединены в одном организме общим стереотипом». Эта борьба идет без ощущения раздвоенности. Больное закрывает мир, «занавешивает личность», что есть самое тягостное в жизни, когда не чувствуешь себя самим собой, жизнь теряет смысл. «Лекарственная оглушенность» здесь не поможет, нужна какая-то более совершенная и тонкая защита. Ведь он не живет, а «невротизирует», т. е. «внешне более или менее удачно имитирует человеческую жизнь». За «коварным туманом имитации» субъективно — одиночество, замкнутость, беспомощность, а объективно, как он считает, за его спиной «мощнейшая поддержка самой природы, потому что живому свойственно жить, а не невротизировать».

Таким образом, больной еще до применения специальных эмоционально-стрессовых психотерапевтических приемов (лечение общением с природой и терапия творчеством) ждал мощного естественного (без ломания и заглушения личности) лечения, опирающегося на защитные силы самого организма, и робко пробовал сам лечиться в этом духе. Так, он уже раньше стихийно и осознанно стремился к тому, что напоминало, «повторяло» его детство, потому что это возвращение в детство, в пору еще довольно сохранного чувства собственного мироощущения, успокаивало. Он поставил на службе и дома лампу с зеленым абажуром, как в детстве. Тянулся целебно к коллекционным маркам своего детства, рассматривал в саду дачи и в лесу места, знакомые ему с детства. Хотелось записать на магнитофон шум колес поезда, бывший для него в детстве праздником. Тихой джазовой музыкой выводил себя из тоскливой апатичности, «вытягивал» себя с помощью этой музыки к простым поначалу движениям и хотя бы механическим хозяйственным делам.

Наши индивидуальные беседы минут по 40 1—2 раза в месяц сочетались с коллективными психотерапевтическими вечерами в уютной обстановке психотерапевтического кабинета, наполненного растениями, красивыми камнями, рыбками в аквариумах, с чаем, слайдами, музыкой и всевозможным творчеством членов группы от творения пирогов, как-то выражающих индивидуальность автора, до сочинения стихов, рассказов и рисования картин. В группе было еще четверо больных неврозоподобной шизофренией (3 женщины и мужчина), истерическая психопатка и циклотимик. Вечера в группе проводились 2 раза в месяц по 2,5 часа. Члены группы говорили о том, кто как научился помогать

себе выбираться из депрессивности. Циклотимик рассказывал, как ищет в это время светлое, веселое, например, фотографирует красивых бабочек, яркие цветы. Больная неврозоподобной шизофренией рассказывала, например, как в тяжелые часы депрессии ей более всего помогает «корыто», т. е. стирка или другая физическая работа. Другие говорили о целительном действии просветляющего их в депрессии поэтического или живописного творчества.

Сам С. тоже рассказывал, как в «тяжком состоянии» поначалу стремится совершать всякие механические действия «домашнего размаха»: вытирает пыль, моет — и «потом, глядишь, хочется вроде бы и заглянуть в вытираемую книгу». Присутствие в группе несколько усиливало душевную напряженность, даже, бывало, не мог заснуть после группы, но старался принять группу как серьезную лечебную работу. Разговоры о целебном действии природы и творчества на душевно напряженного, депрессивного человека с демонстрацией слайдов, чтением рассказов, стихотворений поначалу воспринимал недоверчиво, не понимал, к чему это. Некоторые внешне скромные, но душевные изображения природы, предметов быта на слайдах вскоре начали ему нравиться. Истерически-крикливые бездуховные слайды истерической пациентки удивляли и смешили.

На группе говорилось о том, что общение с живой природой успокаивает и просветляет, вдохновляет отчасти потому, что во многом неосознанно ощущаем среди деревьев, трав, насекомых, птиц, домашних животных, что это все родственные нам существа, что мы сами вышли из природы и, общаясь с нею, заражаемся от нее ее способностью к ежеминутной радости бытия без мелочных тревог о завтрашнем дне. Кроме того, общаясь с природой, мы бессознательно отбираем свое, то, что нам нравится, и даже не фотоаппаратом, а только творчески ищущими глазами, и это созвучие успокаивает и просветляет.

В сентябре 1978 г. С. признался в группе, что после групповых вечеров он видит, чувствует природу богаче, больше ее любит. Мне в индивидуальной беседе рассказал, что ему уже давно хотелось восстановить контакт с окружающим миром через художественную форму. Вот вспомнил, как в детстве на школьном дворе разгребали листья клена, дуба, запах услышал — и это сильнейший стимул к жизни. «Вот бы и написали об этом», — предлагал я. Он робко-колюче замыкался, отмечал, что все-таки лучше уходить от «невротики» отвлекаясь, но не углубляясь творчески в нее. И музыка в этом отношении хороший пример, побуждающий, отвлекающий момент — «чтоб начал, смог шевелиться под

музыку». Пока он только тихо включал на группе джазовую музыку и, например, рассказывал, как читал, что туземцы не смогли исполнить подобные свои песни просто так, как актеры по просьбе путешественников, потому что эти песни были для них жизненно необходимы, естественны, нужны как подогревающие движения в различных работах, а специально исполнять такие песни для слушателей для туземцев было неестественно. Однако делать слайды, писать рассказы, миниатюры, например, воспоминания детства, художественно отражающие его отношение к миру, к природе отказывался, хотя в детстве занимался фотографией, когда-то вел дневник, правда, все это делал без охоты. «Какое творчество? — говорил он мне. — За душой ничего нет, полная бездуховность. И потом я могу писать только то, что было в жизни, а это стыдно писать». Погружаться же в «невротику», чтобы искать в ней красоту, как Паруйр Севак, — это для него просто «пакостно». На это сказал ему, что ведь он сам говорил о желании восстановить контакт с окружающим миром через художественную форму, что он не случайно ощущает возможность целебной работы художественного творчества. И пусть это идет не через художнически-творческое проникновение вглубь «невротики», депрессии, а какими-то другими путями и надо вместе искать. С. не раз при этом поглядывал на меня как бы с колко-вяловатой недоверчивостью, но при этом относился ко мне с явной теплотой. Сказал мне, что образовались у него нити связи с другими товарищами в группе и в группу приходить приятно и хорошо. Вскоре отметил, что группа приносит ему явное облегчение, «это какой-то пункт». Стал покупать на свои деньги очень нужные для группы вещи: новый проигрыватель для пластинок, новый проектор для слайдов взамен старого с поломкой, чайник для заварки, десяток симпатичных чашек с изображением кораблика — путь. Приносил и отдавал все это мне, когда не было рядом членов группы, просил не говорить, что это он принес.

В октябре 1978 г. (через два года с начала нашей работы), в отпуске на даче отчетливо убедился в том, что найден специальный «образ действия», помогающий реально, достаточно надежно поправить плохое состояние. Это особое общение с природой. Тягостное состояние не раз уже резко улучшалось с приездом на дачу, «хотя там печка, дрова надо колоть и холодно — может возникнуть “депрессивная простуда”». Лес и раньше несколько успокаивал его, ему всегда было легче с природой, с детства любит свою дачу. Но раньше не знал этого специального способа мощно-целебного общения с природой, который сейчас открыл для себя.



И вот как это обнаружил впервые. В осенний день 1978 г. в тоскливости с внутренней возбужденностью и тягостно-мерзким чувством ускользания своей индивидуальности, по обыкновению, поехал на велосипеде в лес, чтобы не причинить вреда домашним, чтобы не встретить в поселке знакомых. В этом «пакостном» состоянии, с велосипедом он вошел в лес и уже через несколько минут почувствовал облегчение. Через некоторое время он вышел из леса к железнодорожной линии и почувствовал, что ему опять хуже. Забрался поглубже в лес — снова явственное облегчение. Попробовал еще несколько раз — тот же эффект. Но заметил, что как только начинает размышлять, анализировать, почему так получается, ему делается снова хуже. При этом ощутил, но тоже не мог объяснить, прямую связь этого лечебного эффекта с занятиями в группе и нашими индивидуальными беседами. Убежден, что всем этим исподволь был подготовлен к открытию этого своего приема.

Постепенно, испытывая этот лечебный прием, он все же уяснил себе некоторые особенности его структуры и теперь с успехом применяет его, отмечая безотказность действия. Понял, что это не просто всякое общение с живой природой, а прежде всего «бескорыстное», когда приходишь в лес не за грибами, не за шишками для самовара и даже не для фотографирования, а «без всяких утилитарных целей» и ведешь себя так, чтобы не нарушать атмосферу леса, а только к ней подстроиться. И тогда даже самое тягостное состояние через 15–20 минут смягчается, на душе делается светлее, естественнее, раскрепощеннее. Когда стараешься, но без нажимов, естественно проникнуться лесной атмосферой, то подмечаешь, ищешь в лесу ***«свое»***, «свои картинки», их можно высматривать и через фотоаппарат, как он это делает уже сейчас, но не фотографировать, чтоб не нарушать бескорыстных отношений с природой. В подобном общении с природой у него возникает впечатление возвращения к себе, потому что невольно ищет в лесу, в природе свое, не тургеневское, а свое, свои контуры деревьев, свою цепочку мухоморов, а когда это еще знакомо из детства, так, как было 30 лет назад, то действует еще сильнее, целебнее. От погоды эффект не зависит: может быть хмуро и моросить дождь, но все равно отчетливо легче, светлее на душе. Азарт (например, боровик увидел) все может сбить (но через некоторое время, когда уже стойкое улучшение, ощущение достаточной четкости своей индивидуальности, тогда и грибы можно собирать).

С. заметил (уже зимой 1978–1979 гг.), что ему начали помогать в таком духе и одни только удавшиеся представле-

ния, воспоминания об уголках леса, о живой природе вообще, «хотя при этом и травинки нет рядом». Например, только вспоминает-представляет, как входит в еловый лес после дождя и стволы мокрые только с восточной стороны, представляет лесные мокрые запахи, изгиб маленькой речки возле леса, — и легче, проходит тягостное состояние. Или вспоминает свои комнатные растения, ноготки с их запахом и налицо специфическая помощь душевного просветления. Но кактус не просветляет: он ему не созвучен, «как из железа». А раньше думалось — ну что может дать природа или какие-то воспоминания о ней, когда так тяжко! Чтобы отчетливее вспомнить-представить подобные близкие душе картины, стал описывать их в блокноте, фотографировать, и в этих описаниях и слайдах звучала его индивидуальность, это все по-своему, как он все время подчеркивает, не по-тургеневски, а ***по-своему***.

Таким образом, болезненные, тягостные его состояния становились все более управляемыми этими необыкновенными для него приемами творческого общения с природой — с поиском в ней себя, а через это — с восстановлением в тягостно-безликом состоянии своей индивидуальности. Итак, от природы, как считает С., можно и нужно ждать помощи, и если ее ждешь вот этим, особым образом, она приходит. Блокнот с описаниями своих ощущений, мыслей среди природы теперь всегда с ним и помогает ему в тягостном состоянии («антиневротический журнал»). Характерный пример таких записей в блокнот (декабрь 1978 г.): «По золотому свечению в облаках можно было угадать положение солнца. Я посмотрел в то место и решил остаться, не уезжать... Здесь, на морозе, среди чуть заснеженных деревьев, жизнь, казалось, приобретала настоящий смысл. И именно эти деревья и очень низкое зимнее солнышко за несплошными облаками казались самым важным, а не то, о чем я так напряженно думал еще час назад». В трудную минуту перечитывает подобную запись и «это здоровое, светлое воспоминание просветляет». Путем же прямого, «нарочного» самовнушения он не может этого смягчения, просветления добиться.

Важно, что и скверное воспоминание, если оно осталось в эмоциональных красках и тоже по-своему здорово, смягчает болезненное состояние. Так, мальчишкой, балуясь, попал камнем в цыпленка, и цыпленок после этого не рос, жил уродом. И это достаточно красочное в смысле образов происшедшего и возмущения собой воспоминание-переживание смягчает болезненное состояние. Больной сам отчетливо понимает механизм подобной помощи. Самое тягостное для него в «невротике» — это чувство измененности своего


я, деперсонализационный мотив, пронизывающий, по существу, все его болезненные состояния. Воспоминание же себя цельного, именно себя самого без такого чувства измененности, хоть и плохого себя («какой я был тогда негодяй!»), восстанавливает границы, особенности истинной своей «здоровой» индивидуальности и приводит потому к улучшению.

В феврале 1979 г. С. показал в группе на экране свои первые слайды. Слайды были черно-белыми, отражая, таким образом, его скромность и, может быть, внешнюю однотонность, но выказывали внимательную нежность к существам живой природы.

Эти и другие его художественные слайды также восстанавливали его индивидуальность, но только тогда, когда это были «свои» слайды в том смысле, что отражали собственную индивидуальность.

Осенью 1979 г. С. показал в группе свои первые цветные слайды. Делать цветные слайды побудили его тюльпаны и крокусы. Он рассказал всем в группе, что в «тяжком состоянии» теряет свое «характерное», это жутко, а когда смотрит в это время на «свой» слайд, то «это свое, характерное, восстанавливается». Таким образом С. ясно выразил лечебное, целебное существо творчества, творения себя, своей индивидуальности. С. рассказал также в группе, что в недавнем плохом состоянии цветные слайды тюльпанов помогли ему испугаться, то есть обрести себя в испуге: он испугался, что в такую неустойчивую осеннюю погоду «еще стрельнут луковицы тюльпанов стрелку и погибнут». Этой тревогой за тюльпаны, теплом к ним и вытеснились, как он считает, постепенно тоска, душевная аморфность.

С. фотографирует не только природу, но вообще то, что близко его душе, личности, свое родное, напоминающее детство, характерное. Он любил в детстве сказки, в которых были и месяц, и елка, и вот теперь он старается это снимать, чтоб вернуться к сегодняшнему себе и через детство тоже.

Привожу здесь фрагменты нашей переписки с С., чтобы передать дух и тактику психотерапевтического процесса, живее, непосредственнее подчеркнуть, прояснить вышесказанное. Из моего письма (7 октября 1979 г.): «Все хочется написать Вам про то, по-моему, важное. Чем смягчается сложный напряженный человек? Конечно, чаще каким-то глушителем (вино, лекарство, табак и т. п.). Но это смягчение грубое, тупое, небезопасное. Другой способ смягчения, тоже древний, стихийный — это всякими способами, приемами высветить свою индивидуальность, особенность, свою определенность, чтобы опереться на нее душой, чтобы

меньше было неопределенности, усиливающей душевную напряженность. Эти приемы суть всяческое творчество: литература, живопись, слайды, художественная фотография вообще, поиски камней, корней, в которых светилась бы индивидуальность художника и т. д. Еще способ смягчиться — общение с природой. А если, общаясь с природой, тем же фотоаппаратом высвечивать свою индивидуальность, то может быть двойной эффект. Думаю, не случайно написал-пожаловался мне один человек: "Желтого, теплого, похотливого бабьего лета ждать нечего. А я так хотел бродить в ароматах тлена с камерой и собакой...".

Очень хочется мне, чтобы Вы еще фотографии попробовали делать».

В это письмо я вложил одну из своих лесных фотографий.

Из ответного письма С. (10 октября 19714 г.):

«Спасибо за фотографию — она послужит мне отличным примером. Спасибо за письмо, которое застало меня как раз в тот момент, когда я обдумывал упомянутые в нем вопросы. Славное Вы написали письмо и ясное, и я совершенно согласен с тем, что в нем говорится. Интересно, мне кажется, что в общении с Вами я все это прежде почувствовал, а уж только потом понял (по письму вижу, что понял точно). Оба способа смягчения не только нужны, но просто необходимы. Речь теперь идет о разнообразных формах, в каких они могут быть приняты. Если без усилий, то я бы сказал так: нужен лес, самый разный лес и в разные времена года; нужен простор — поле, нужен водный простор — озеро в самую разную погоду, нужна речка. Но нужна и иная форма общения — бескорыстная работа на земле, с землей. Из мертвого, казалось бы, семечка вырастает вдруг великолепный цветок. Я пишу "вдруг", потому что всякий раз почему-то не верится, что из этих семян, что в моих руках, что-нибудь все-таки вырастет, хотя вырастало уже тысячу раз. Мне кажется, важно видеть все это от начала и до конца, видеть все время, все время нести ответственность, хотя и своеобразную. Я сфотографировал два тюльпана и сказал, что вырастил их сам. Вы продолжили: "И теперь они останутся с Вами..." Вы попали в самую точку; я для того их и снимал».

Через несколько дней я получил от С. две фотографии, которые прежде видел в виде слайдов. Это были два самых первых слайда, напечатанных теперь на бумаге.

«Знакомые "Елка" и "Кошка на снегу" живут теперь на фотобумаге,— писал я С. (25 октября 1979 г.) — Вы чувствуете, что живут? Когда фотография живет, хочется вставить ее в рамку, чтобы люди постоянно видели, как она живет, и общались с ней. Словом, я Вас поздравляю с началом худо-

жественно-фотографического (на бумаге) творчества в Вашей жизни. Но, конечно, пусть и слайды продолжаются.

Ваше письмо очень глубоко. Ведь верно, в “болезненных состояниях текущего момента” важно для облегчения восстановить, поднять, очертить свою личность, свое характерное. А этому помогает зацепиться болезненно расстроившейся душой за то, в чем выражена, оставила след собственная личность. Потерянный, потерявшийся человек — это ведь человек, у которого ускользает его собственная личность, и важно ее вернуть, очертить, высветить (и, в частности, своим слайдом, своим снимком)».

Из письма С. (31 октября 1979 г.):

«Тронут Вашей оценкой моих первых фотографий. Эти два снимка действительно оказались для меня большим, чем просто снимками (...). Простудный дискомфорт на этот раз оказался рекордным по силе и длительности — вот только сейчас неверный, зыбкий просвет. Но не все кажется уже таким безнадежным (...). Синица на марке Вашего письма великолепная».

Из другого письма С. (20 июля 1980 г.):

«Во многих болезненных состояниях все наши рассуждения кажутся чепухой, причем само состояние воспринимается как должное. На этот случай есть листок, на котором коротко и ясно сказано, что и как должно быть, как действовать. Этот листок я называю антиневротической картой. Ясно, что в просвете и без карты все ясно, а в очень тяжких состояниях и она не поможет. Но между этими двумя пределами есть много состояний, когда напоминание (не говоря уже о внушении) просто необходимо. Поскольку во многих болезненных состояниях все подвергается бесплодному сомнению, вверху есть пометка “исключительно на веру”. Основательному “переключению” в светлое состояние помогает тоненькая тетрадочка, которую я называю антиневротическим журналом. Это запись некоторых благотворных впечатлений, я пробовал делать и звуковую (магнитную) запись, подумываю об альбоме слайдов и снимков. Открытки и марки тут тоже не помешают (...). Вот почему слова “нам не до слайдов”, если и уважительны в некоторых случаях, то не в принципе».

В ответ на эти письма с фотографиями в них (по обыкновению уже) я писал, обсуждая прежде фотографии: «Чудесно звучит на фотографии “Гость” особенность, настроение автора — нежно-юмористический взгляд на лохматого пса, он гость, но ворчливый гость, может облаять, попрыгать весело и пуститься смешно наутек — как примут хозяева. Земля под березами и на всем участке — только из-под зимы, палый лист, всякая прошлогодняя грязюка, но чуть

подсохло, прозрачность воздуха ощущается, и хороша дорога (опять дорога!)* за деревянными воротами. Могу долго входить в эту фотографию, душа светлеет».

Анализ психотерапевтического процесса

Итак, в чем состояли эмоционально-стрессовые психотерапевтические приемы в работе с С.?

1. Беседы, переписка, коллективные занятия в группе. Во всем этом почти не было традиционных прямых указаний — что делать, как себе помочь, какие принимать лекарства. Обычные рекомендации, прямые советы — все это уже было и не пригодилось, а даже раздражало С. Воздействие шло по эмоциональному, бессознательному в своей основе каналу, говорилось, писалось о вещах, как будто бы, на первый взгляд, не имеющих отношения к делу. Говорилось, правда, постоянно о мудрой природе в человеке, к которой надобно прислушиваться, как защищается она от вредностей, и искать способы помочь ей защищаться совершеннее. Так, деперсонализация (чувство ускользания собственной индивидуальности) есть сама по себе защита от депрессивной боли, но она делается тяжкой для человека, подобно тому, как отек ног помогает больному сердцу, освобождая его от какого-то количества жидкости, но сам по себе тоже тягостен и устраняется, облегчается, например, мочегонным. Таким образом, суть лечения в совершенствовании природной защиты. И вот одному помогает это, другому — то, а стало быть, надо искать. Искать прежде всего в том, куда тянуло раньше. Важно, что вся эта психотерапевтическая работа осуществлялась, на почве равноправных, дружеских, человеческих отношений с пациентом.

2. В процессе этой работы лишь слегка направляемый пациент, в сущности, во многом сам открыл несколько способов, надежно смягчающих болезненное состояние или вызывающих стойкий просвет. С. считает, что я почти не давал прямых советов, если не считать совета фотографировать, «но это следовало как-то подсознательно», из всей нашей работы чувствовалось явственно, что можно получить здесь поддержку. Первый прием — это особый целебный способ общения с природой, состоящий в том, что С. старался бескорыстно уловить атмосферу какого-то уголка природы,

* В недавнем письме (от 9/VII-1980 г.) С. писал мне о моих фотографиях, сделанных в кавказской командировке: «Картины разные, но есть в них нечто общее — лермонтовское, сказочное. Я положил их так, чтобы видеть все сразу, и на первом месте оказалась “Дорога”. Просто чудесно...».

воспринять, ощутить его, подстроиться к нему, и тогда возникает облегчение. Когда оно достаточно укрепляется, делается стойким, возможно уже и не совсем бескорыстное общение с природой — фотографирование, записывание своих ощущений и т. д. Прямой совет идти в природу, повторяю, не воспринимался. В сущности, был найден способ творческого общения с природой. Творческого потому, что в общении с природой больной высвечивал, обретал себя, бессознательно выбирая в природе глазами, ушами, духом то, что ему созвучно, значимо для него. Из такого творческого общения с природой вышли и его художественные фотографии (слайды), и литературные миниатюры. Подобное общение с природой пациент считает совершенно новым в своей жизни, хотя природа и раньше помогала. И раньше чувствовал смутно, что от природы можно получить что-то еще новое, большое и сильное.

3. Художественные литературные миниатюры и художественное фотографирование дали возможность даже вдалеке от природы обрести себя, ощутив в них свое, индивидуальное, т. е. самое для него главное, с ощущением чего уходят напряженно-тоскливая бесформенность, тяжкое чувство ускользания своей личности. И не обязательно на фотографиях должна быть природа, но обязательно должно быть «мое», например, его хозяйственный стол. «Вышло, что фотография, задевая характерное, вытесняет болезнь» (С.), при неуверенности в себе помогает общение с искусством, как поиск созвучного или чуждого ему, но «через это яснее видишь себя».

4. Музыкотерапия (прослушивание тихой джазовой музыки) помогает двигаться в депрессивном состоянии, рисовать в воображении под музыку близкие ему картины природы. Это то, что пациент применял и до нашей с ним работы.

5. Работа в саду с землей, цветами — как ощущение благотворной действующей на него творческой причастности к делу жизни. Целебное ощущение причастности к делу жизни в виде общественно-полезной работы С. в последнее время почувствовал и в том, что рассказывает о своем лечебном опыте другим больным в группе, врачам-курсантам, чтобы легче было людям, страдающим подобным недугом в разных местах, куда поедут врачи после усовершенствования. Это дорога к людям, нужен людям.

Следует отметить, что само психотерапевтическое вмешательство шло ощупью, стараясь больше косвенно, нежели прямо, сообразовывать воздействия с особенностями клиники, психологической природной защиты, направляя и осторожно подталкивая пациента в его собственной борьбе с болезненными переживаниями. В занятиях электротехникой

в школьные годы, во всяких занятиях вообще он с детства стремился, как уже сейчас способен это осознать отчетливо, к ***своему***, в чем он сам как-то выражался, отражался, как бы примитивно не было то, что он делал. Так, считает свою детскую электротехнику электротехникой низкого уровня по сравнению, например, с электротехническими занятиями брата, будущего доцента в области радиосвязи, в том же возрасте. Но важно было, что «это — моя схема», пусть это примитивно-простой телефон. Цель была не в том, чтобы переговариваться с приятелем, живущим в соседнем доме, а «чтобы действовало свое устройство», не интересовало чужое. Уже работая после окончания школы в 17 лет электромонтером, мог бы принести с работы что-нибудь интересное для своих занятий, но не хотелось, было «упрямое сопротивление постороннему». Ему важно было именно без учебника ботаники вывести «невероятное растение», «не учитывая прежнего опыта других людей».

Все это, думаю, отчетливо показывает особенности стихийной самозащиты, что подсказывает врачу и структуру вмешательства. Впрочем, впервые отчетливо С. смог все это объяснить себе, как он сам считает, в результате наших психотерапевтических занятий. С детства существовала постоянная защитная тенденция выразить себя, сделать по-своему. Если бы кто-то авторитетный в то время сказал бы ему «сделай так», то сделал бы, но переживал бы это про себя и ждал, когда можно будет сделать, хоть плохо, но по-своему. Таким образом, защитная природная сила уже восстанавливала индивидуальность в борьбе с деперсонализирующим болезненным расстройством. Свое, свойственное себе стихийно искал он в борьбе с «завесой».

Результаты лечения

За последние два с половиной года состояние значительно улучшилось, «болезнь потеснилась»: очень редкими стали навязчивые кошмарные расстройства с суицидальным и агрессивным содержанием (страх высоты с желанием выброситься в окно, страх езды в транспорте и т. д.). Раньше ему бы в голову не пришло вымыть окна на своем девятом этаже, а сейчас не видит в этом ничего страшного. Ослабело чувство ускользания своей индивидуальности, проще стало общаться с людьми, больше уверенности (не в обострениях), «больше стало человеческого, мне свойственного, чем болезненного», повысилась работоспособность творческого характера, достаточно свободно стало с ездой в транспорте. Даже в тягостном состоянии в настоящее время считает, что исход его болезни в виде полного выздоровления хотя и

маловероятен, но естественен, при всем том, что врач ничего ему не обещал, кроме своих попыток ему помочь. А временное ухудшение, хотя и более вероятно, есть «нелепость, несчастный случай». А раньше естественным считал неуклонное ухудшение или пожизненное пребывание в тягостном состоянии, всякое же улучшение — случайностью. Наконец, вышеуказанные особые приемы достаточно надежно и стойко улучшают любое тягостное состояние, нередко вызывая просвет на часы и дни.

Конечно, это лишь частный случай психотерапевтического эмоционально-стрессового воздействия. Однако, думается, здесь достаточно ясно видно, как разнообразен этот метод и как важно применять его, сообразуясь с клиникой, природной самозащитой личности*.

3.12. О «группе творческого самовыражения» для дефензивных пациентов (1988) [45)]

Под «дефензивными пациентами» понимаются здесь психопаты различных клинических групп, главные трудности, страдания которых определяются их дефензивными** расстройствами (психастеники, астеники, дефензивные циклоиды, шизоиды, эпилептоиды, дефензивные истерические психопаты, ананкасты) и больные малопрогредиентной шизофренией с дефензивностью. В этих случаях оказался эффективным мой сложный психотерапевтический метод Терапия творческим самовыражением, сложившийся в поле концепции эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова. Этот амбулаторный прием (как убеждает более чем 20-летний опыт работы) в подавляющем большинстве случаев дает такие стойкие и длительные компенсации и ремиссии (несущие в себе психотерапевтическую обога-

---

* В сущности, это и есть Терапия творческим самовыражением довольно тяжелого деперсонализационного пациента. Только она тогда так не называлась. О том, как С. духовно поднимался в последующие годы, см. в других моих работах. Сегодня он член Профессиональной психотерапевтической лиги, ведет «домашнюю» группу творческого самовыражения (*прим. 2006 г.*).

** Термин «дефензивный» («защитный, пассивно-оборонительный») по своему содержанию противоположен термину «агрессивный». Близки ему по значению термины «тормозимый», «психастенический» («психастеноподобный»), «астенический» (астеноподобный), меланхолический, анксиозный. Клинической сутью дефензивности является борьба тягостного чувства неполноценности с ранимым самолюбием, выражающаяся и в нравственно-этических, и в ипохондрических переживаниях.

щенность знанием жизни, творческое вдохновение), о подобных которым не удалось узнать ни из литературы, ни из живого общения с коллегами и пациентами.

Упомянутая конституционально-генетически обусловленная патология, как известно, не излечима в полном смысле, и цель метода состоит в том, чтобы психотерапевтически помочь пациенту стать осознанно как можно более общественно полезным самим собою, творчески «вписавшись» в жизнь своими, пусть даже поистине болезненными стойкими особенностями. В индивидуальных встречах с врачом, в групповых занятиях в «психотерапевтической гостиной», в домашних занятиях пациенты учатся всячески выражать себя творчески, сообразно своим клиническим особенностям, с сознанием общественной полезности своего творчества. Все это делается для того, чтобы пациент стал максимально творческим прежде всего в своей профессии и, благодаря этому, проникся стойким целебным вдохновением, светлым смыслом своей жизни. Но для всего этого необходимо надолго «погрузиться» в групповой калейдоскоп различных, переплетающихся друг с другом методик терапии творчеством (терапия созданием творческих произведений, творческим общением с природой, литературой, искусством, наукой, творческим коллекционированием, проникновенно-творческим погружением в прошлое, ведением дневника и записных книжек, перепиской с врачом, терапия творческими путешествиями, творческим поиском одухотворенности в повседневном). Указанное необходимо пронизывать разъяснительно-воспитательным, нравственно-творческим познанием себя и других. Без изучения с пациентами известных характерологических радикалов (сангвинических, аутистических, авторитарных и т. д.), а также неличностных расстройств (навязчивости, сенестопатии, деперсонализация и т. д.) Терапия творческим самовыражением может превратиться в неклиническую терапию творчеством, увлеченностью или затейничество. Для того, чтобы увидеть яснее свой путь-смысл в жизни, пациент (и это невозможно без группы) должен осознать свой, например, психастенический или аутистический склад (о шизофрении, понятно, тут с пациентами не говорим, включая шизофрению в широкое понятие «шизотимность», «аутистичность»)*, увидеть, осознать психастенические или аутисти-

* В последние годы изучаем с шизотипическими пациентами и больными шизофренией их «полифонический характер» (Добролюбова, 1996, 1997; Некрасова, 1999), деперсонализационные расстройства (Махновская Л.В., 1999, 2003) (Примеч. 2006 г.).

ческие особенности своего творчества (попробовав себя для этого и в прозе, и в рисунке, и в фотографии), *свое* психастеническое или аутистическое отношение к природе, *своих*, созвучных ему психастенических или аутистических писателей, живописцев. «Группа творческого самовыражения» включает в себя 8—12 дефензивных пациентов. В одной группе могут быть и различные психопаты, и больные малопрогредиентной шизофренией. Группа есть маленькая жизненная лаборатория, в которой пациенты познают характеры друг друга, постигая, что «для каждого свое», и прекрасно, достойно самовыражение каждого, если только оно нравственно. Занятие продолжается 2 часа; 2—4 занятия в месяц. Группа открытая, и в среднем каждый пациент занимается в группе 2—5 лет. Темы занятий с выступлениями пациентов, врача, психолога, медсестры разнообразны (в духе перечисленных выше методик терапии творчеством); они могут планироваться заранее или импровизироваться. «Психотерапевтическая гостиная», в обстановке которой работает группа, означает известную интимную затемненность (свет настольной лампы, свечи), цветы, чай, печенье на столе, за которым сидят пациенты, врач и его помощники, проектор с экраном для слайдов, тихий музыкальный фон, отсутствие белых халатов). Все это необходимо для того, чтобы ранимые, застенчивые, неуверенные в себе дефензивные пациенты смогли расслабиться и душевно посветлеть. Здесь не разрешается говорить о творческих произведениях друг друга с точки зрения мастерства (у нас не литературный кружок, не изостудия), и творчество известных мастеров оценивается также лишь с характерологической стороны. Все, что происходит здесь (и даже танцы в перерывах) должно служить единой «сверхзадаче» — познать себя среди других как духовную индивидуальность, выяснить (в том числе с помощью товарищей по группе, врача, его помощников) силу своей слабости и творчески действовать ею в жизни, обретая стойкое терапевтическое вдохновение. Так, психастеник, презирающий свою неловкость, застенчивость-необщительность, мечтающий перекроить свой характер в естественный или даже нахально-агрессивный, со временем постигает, что его сила, его удел не в живой сангвинической общительности, непосредственности, не в авторитарной воинственности, а в неторопливых размышлениях, наполненных творческими сомнениями, благодаря чему сложное и для не сомневающихся становится все яснее, понятнее, и возможно таким существенным образом выражать себя, например, в педагогической, разъяснительной работе — даже в рамках своей же не-педагогической профессии. А достаточно сво-

бодными, смелыми в общении не были даже такие застенчивые люди, как Дарвин и Чехов. Новенький в группе, «неопытный» еще психастеник, самостоятельно пытавшийся изо всех сил, в том числе с помощью гиперкомпенсации («нахал от застенчивости») или «сильнейшей» аутогенной тренировки выбраться из своей «застенчивой, тревожно-мнительной шкуры», озадачивается в группе вопросами уже понимающих кое-что пациентов: «А что, это было бы нормально, если б такие люди, как Дарвин и Чехов, с легкостью могли бы съездить по физиономии?» — и учится уважать свое, психастеническое. То есть, надобно искать свое и это свое творчески разрабатывать, а робость, нерешительность, застенчивость есть только органически необходимая обратная сторона медали нравственных переживаний, творческих сомнений, как бы гамлетовская плата за свою духовную сложность. Следует уважать то характерологическое, общественно полезное, чего нет у меня, но и ценить свое, чего нет у другого, осознав, что каждый ограничен своею личностью, но одновременно и силен ею. Все мы необходимы друг другу своими особенностями-способностями, служим друг другу и тем составляем единое человечество.

Только в группе пациенты могут так отчетливо узнать, прочувствовать свои особенности и особенности товарищей — слушая очерки, рассказы друг друга, рассматривая слайды, снятые ими же, или когда, например, видят, что кому именно близко, созвучно из характерологически разных картин живописцев на экране, из животных на открытках комплекта «Зоопарк», из полевых цветов и трав в вазе на столе в «психотерапевтической гостиной». А терапия проникновенно-творческим погружением в прошлое помогает в группе обнаружить, подчеркнуть свое индивидуальное в общении с собственным прошлым, прошлым своего рода, страны, человечества, Вселенной, целебно ощутить глубинные связи с дедами, прадедами, теми местами, где они жили, с древностью человечества, Земли и через все это вдохновенно прочувствовать свою связь с сегодняшним миром, людьми, свою живую полезную причастность к сегодняшней жизни. Врач, психолог, психотерапевтическая медсестра читают вслух пациентам рассказы о своем детстве, воспоминания, например, о деде, бабушке, показывают старинные фотографии, вещи, побуждая таким образом и пациентов ко всему этому. Или идут на экран слайды картин о старой Москве, о жизни первобытных людей, о жизни динозавров с краткими выразительными комментариями. Пациенты сами делают короткие доклады с картинами и

слайдами, а врач постоянно, мягко дирижируя, психотерапевтически-одухотворенно направляет беседу. Все тут должно естественно и неназойливо открывать свое отношение пациента к прошлому, которое в нас, без которого нас не было бы и через которое мы можем лучше понять себя и свое будущее. Главное — психотерапевтическими намеками заботиться на этих групповых занятиях о том, чтобы прошлое связывалось, соединялось тесно с настоящим пациентов, с их сегодняшним мироощущением и оживляло, просветляло его. Дефензивные пациенты, как правило, тонко чувствуют это соединение и сами порой замечательно работают в группе в этом духе. Вот мы смотрим (19.01.84) в известной книге «Жизнь до человека» (пер. с англ., М.: Мир, 1977) фотографию до прожилок сохранившегося березового листа, который 30 млн лет назад упал в одно из озер штата Орегон, и Ф., 57 лет, удивленно спрашивает: «А интересно, там растут сейчас березы?» И вскоре после этого, глядя на динозавра на слайде: «А вот у него этот клык похож на мой». Е., 45 лет (2.02.84), узнав, что стрекоза жила еще в каменноугольном периоде, 325 млн лет назад, вместе с громадными древними земноводными, отмечает, что теперь совершенно иными глазами будет смотреть летом на стрекоз в поле и напишет эссе-раздумье по этому поводу. А., 56 лет (2.02.84) показывает портрет своего прадеда: «Это же как будто я сам сижу, я теперь себя яснее через его портрет и письма вижу». С., 46 лет, с помощью сделанных им слайдов рассказал в группе (19.01.84) о том, как духовно общается с прошлым из трамвая по пути на работу, изучив по книгам почти все старинные дома за окном (Лефортово). С. поясняет, что ему это дает в лечебном смысле: «Чувствую свою связь с предками, в том числе и через старинные клены, но ведь это же не только мои предки, но и предки сегодняшних людей, и я чувствую, что ближе к людям, которые меня сейчас окружают, через наших общих предков. И кроме того, все это вырабатывает хозяйский глаз — прошлое надо так беречь...»

Таким образом, работа в «группе творческого самовыражения» серьезно отличается от психологически ориентированной групповой терапии, созданной в основах своих прежде всего психологами (К. Левин, К. Роджерс), — своей клиничностью и продолжает, развивает более старую клиническую, дидактическую школу групповой терапии (Д. Прэтт, В.А. Гиляровский, Н.В. Иванов, В.Я. Деглин, С.С. Либих). Если в процессе психологически ориентированной групповой психотерапии психотерапевт, исследуя в группе, например, реальный конфликт психастеника, идет

от недирективно «выращенного» им, психотерапевтом, мнения группы, отражающего сложившиеся микросоциальные взгляды, и требует этим общественным, групповым мнением от современного Гамлета решительности, — то психотерапевт-клиницист, исследуя этот же конфликт тоже мнением группы, но группы типологически, нравственно-диалектически образованной, обращает внимание Гамлета на философскую силу его слабости, подчеркивает, что агрессия, практичность не удел Гамлета, не чеховское это дело, но, зная все это, легче действовать при нравственной необходимости агрессивно-практически (например, дабы защитить родину от врага).

Если групповая психологически ориентированная терапия особенно эффективна при неврозах, то в случае душевной аномалии (психопатия) или шизофренического процесса гораздо глубже, существеннее помогает клиническая групповая терапия. Наконец, дефензивность упорно и стыдливо восстает против роджеровской душевной, свободной откровенности в группе. И там, и там психотерапевт способствует духовному самоусовершенствованию своих пациентов, но в группе творческого самовыражения мы вынужденно идем к этому от малоподвижных клинических, характерологических структур и превращаем групповой сеанс в одухотворенное научно-художественное занятие за «семейным столом», с заботливым вниманием друг к другу. И если специалист по групповой психотерапии (врач, психолог) чаще тренер, фасилитейтор, то пациенты группы творческого самовыражения нередко называют своего психотерапевта-врача Учителем, а образование-воспитание, полученное за годы в группе, еще одним университетом.

3.13. О пациентах-психотерапевтах в Терапии творческим самовыражением (1992) [69)]

О психотерапевтическом механизме «лечусь леча»

Не так редко человек серьезно лечится именно тем, что сам душевно помогает другому. Видимо, и по этой причине среди психиатров, психотерапевтов относительно много (в сравнении с врачами других специальностей) душевно нездоровых людей*. Они обычно как бы интуитивно-сти-

* Автор родился в семье психиатров на территории большой психиатрической больницы, много лет жил там в доме для сотрудников, работал в различных психиатрических учреждениях, постоянно общаясь со многими-многими психиатрами.

хийно тянутся в эту область, и часто именно они психотерапевтически помогают больным, более тяжелым, чем сами, — гораздо глубже, нежели врачи с отменным душевным здоровьем. Ощутимо могут помочь друг другу депрессивные пациенты, как видим это повседневно-наглядно в психиатрической практике. В реалистической пьесе Сарояна «Не уходи рассерженным» тяжелые онкологические больные в специальной больнице, объединенные переживанием своей обреченности-безнадежности, помогают друг другу легче, светлее уйти из жизни (помогаю тебе, потому что только ты сможешь помочь мне, когда я не смогу помочь себе). Механизм взаимной психотерапевтической помощи лежит в основе бесчисленно-разнообразных методик групповой психотерапии. О психотерапевтической взаимопомощи больных алкоголизмом и их страдающих родственников скопилась уже солидная литература (например, Alcoholics Anonymous, 1989; Кушнарева, 1989; Лакатош, 1989).

И.Г. Шульц (1926), размышляя о «годности к занятиям психотерапией», отмечает, что переживание самим врачом легких «нервных» состояний «может служить благодетельным стимулом интенсивнее отдаться изучению именно этих вопросов» (с. 20). Действительно, почти каждый создатель психологически сложного психотерапевтического приема-системы прежде всего лечил данным приемом себя самого и только потом, осознав-обдумав его, начинал применять к пациентам — (например, З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер, В. Франкл). Так, Карл Густав Юнг (Jung, 1963) подробно рассказывает, как рождалась его система «аналитической психологии» — в сущности, в процессе неосознанной психотерапевтической помощи себе самому в ярком, но тяжком психотическом состоянии. «Я записывал свои фантазии как можно лучше и сделал попытку проанализировать психическое состояние, в котором они возникают. Но мне удавалось это делать только на неуклюжем языке. Прежде всего я формулировал вещи такими, какими они мне казались (такими, какими я их наблюдал), и обычно — в «высокопарном стиле», так как этот стиль отвечал высокопарному, риторическому стилю архетипов. Этот стиль удручающе действовал мне на нервы, словно скрежет ножа о пустую тарелку. Но мне не оставалось ничего иного, как записывать на языке, который избрало себе мое бессознательное «я». Временами мне казалось, будто бы я слышу его ушами, временами — что я ощущаю его во рту, когда мой язык артикулирует слова, а временами я слышал себя, произносящего слова громким шепотом. За порогом сознания все было пронизано жизнью. Вначале я был убежден, что моя

добровольная конфронтация с бессознательным — научный эксперимент, который я ставлю и провожу на себе и в исходе которого я жизненно заинтересован. Теперь же я могу сказать, что это был эксперимент, который был поставлен на мне и руководился не мною» (Jung, 1963, p. 177–178). Писателю Зощенко пришлось создать для самолечения собственную, «доморощенную» психоаналитическую систему («Повесть о разуме»).

Известно, что не только психотерапевт-священник, психотерапевт-философ, но и психоаналитик может не иметь врачебной специальности. Крупный современный американский психоаналитик Ральф Гринсан (Greenson, 1986) утверждает, что «знал аналитиков без медицинского образования, которые были целителями по своему способу работы, и их пациенты ничуть не страдали от отсутствия у них степени». Гринсан здесь же приводит слова Фрейда, защищавшего в одной из своих работ психоаналитиков-не-врачей о том, что сам он «никогда не был доктором в общепринятом смысле» (p. 404).

Так подходим к тому, что как бы и нет ничего плохого, а есть только жизненно серьезное в том, что страждущие помогают страждущим. Но какие страждущие — каким страждущим?

Дефензивные помогают дефензивным — способами творческого самовыражения

Более четверти века работы в психотерапевтической амбулатории убеждают меня в том, что особенно заметно, выразительно здесь лечатся леча, т. е. помогая друг другу, пациенты с дефензивными расстройствами (сложным болезненным переживанием своей неполноценности) — различные психопаты с дефензивностью (психастеники, астеники, циклоиды, шизоиды и т. д.) и больные дефензивно-малопрогредиентной шизофренией (см. Бурно М., 1989). Вообще очень многие эндогенные депрессивные расстройства напряжены переживанием неполноценности (дефензивностью). Стихийное возникновение в нашей уютной амбулаторной жизни с группами творческого самовыражения неслучайной взаимопомощи у таких пациентов заметил давно и неотъемлемым моментом высокой эффективности терапии творческим самовыражением считал «претворяющееся в практику стремление помочь другим на своем опыте». Таких случаев было за долгие годы работы 94 (Бурно М., 1989, с. 47, 57). Однако долгое время я недоверчиво-подозрительно, как к артефакту, относился к высказываниям пациентов о том, что они лечат других больных, и даже просил их не сообщать об

этом в их беседах с врачами-курсантами на лекциях и занятиях. А надобно было бы много раньше увидеть в этом не только показатель высокой эффективности лечения, но и важнейший психотерапевтический механизм и намеренно вводить его в лечебный процесс, культивировать как можно раньше, как делаем это последние четыре года. Достаточно серьезную помощь другим способен здесь, как правило, оказывать лишь пациент-психотерапевт, уже прошедший несколькoлетнюю школу терапии творческим самовыражением. Но важно не столько то, насколько серьезно он поможет другому, сколько то, как он этой помощью другому может помочь себе самому.

Речь, понятно, не о том, что пациенты лечат друг друга гипнозом или лекарствами, а о том, что даже неопытный помогает еще менее опытному обретать целебно-творческий стиль жизни. Приведу такой пример.

Пациентка Н., 30 лет, сокрушается, что недостаточно благодарна своей собаке за то, что та так радуется ее приходу домой с работы, так преданно на нее смотрит, не отходит от нее на прогулке. Н. почему-то больше любит кошку, хотя та по-кошачьи независима от нее, сидит себе, как изящное изваяние, на буфете или диване, не обращает внимания на ее приход и даже ласкается и просит есть с оттенком какой-то брезгливо-капризной независимости. Пациентка А., 37 лет, подруга Н., объясняет ей, что в собаке звучит в широком смысле синтонность, стремление жить окружающим, растворяться в нем и прежде всего — в своей хозяйке, а кошка, также по причине своей природы, аутистична, живет в себе, постоянно вылизывая себя, пребывая в элегантных позах, и ей как бы никто не нужен в ее внутреннем «созерцании» собственной красоты и чистоты. Благодаря этому пояснению Н. спохватывается-прозревает: ведь она же сама «кошка», сама независима-аутистична, быстро утомляется общением с людьми, чистюля; так вот почему ей так созвучно это животное, так близка древнеегипетская аутистическая Царевна Нофрет (в отличие от синтонной древнегреческой Коры), вот почему живопись Рублева и Боттичелли ближе живописи Рафаэля и Поленова. То неясное, дискомфортно-неудобное, что беспокоило ее прежде, смягчается, отходит благодаря этому осознанию, и виднее, понятнее собственный творческий путь, свое предназначение в соответствии со своей природой. А заодно кошка и собака занимают свои понятные ей места в душе, и каждую из них она теперь по-своему больше любит.

Существо терапии творческим самовыражением, предназначенной прежде всего для дефензивных пациентов, — осо-

бый целебный поиск себя как вдохновенной, творческой личности с более или менее ясным осознаванием-пониманием своих творческих особенностей и соответствующего им своего жизненного пути-предназначения. Познание творческих особенностей есть, в сущности, познание различных конкретных характерологических радикалов и звучания их в разнообразном творчестве (в том числе в творческом общении с искусством, природой и т. д.). Пациенты учатся этому и по специальным изданиям (Бурно М., 1989; Бурно М., 1990; Леонгард, 1981). В процессе индивидуальных и групповых занятий они выясняют-осознают свое отношение к себе, к людям, начинают понимать, почему по-разному душевно чувствуют себя с разными людьми. Этот человек напрягает своей авторитарностью, прямолинейностью, а к другому — хотя только познакомились — чувство, будто знал его всегда (такое испытываешь с ним созвучие, что, кажется, знаешь наперед все его слова и поступки, как свои). Изучая характеры, пациенты учатся трезво принимать людей такими, какие они есть, довольствоваться их посильным добром, не требуя от них того, на что те не способны. «Я люблю свою овчарку, — сказал по этому поводу Е., 40 лет, — но ведь я не сержусь на нее за то, что она, лежа на своей подстилке, ничем серьезным (с точки зрения человека) не занята, пока мы на работе, что не смотрит хотя бы детские книжки с картинками...» Пациенты постепенно постигают то, что прежде лишь подспудно чувствовали, к чему робко тянулись.

Терапия творческим самовыражением, в отличие от гуманистической психологии и психотерапии, помогает пациенту найти свой смысл, свое целебно просветляющее душу предназначение исходя из своих конкретных, природных особенностей, погружая пациента в мягко-одухотворенный калейдоскоп захватывающих творческих занятий дома и в амбулаторной группе. В процессе этих занятий и начинают (обычно через полтора-два года) спонтанно возникать целебные прозрения, связь которых с указанными занятиями пациенты ясно ощущают (Бурно М., 1989). Следует отметить, что хотя терапия творческим самовыражением есть система вполне трезво-реалистическая, клиническая, настоянная на здравом смысле, материалистической духовности, она может своей живой диалектичностью вывести пациента — в соответствии с его личностными особенностями — и на религиозную, и на философско-идеалистическую дорогу. Попавшие в это празднично-сложное лечение пациенты обычно, как отметил уже, начинают невольно помогать друг другу, как помогают друг другу студенты разобраться в

каких-то трудных учебных вопросах. Эту взаимопомощь и необходимо организовывать в амбулатории, намеренно прикрепляя для этого пациентов друг к другу, организуя небольшие группы (4—6 человек) из новичков для занятий, которые проводят особенно способные пациенты-психотерапевты.

Приходится наблюдать поразительные эффекты направленного лечения лечением других, когда только этот терапевтический механизм и подействовал на фоне резистентности ко всем прежним лечебным приемам. Вот молодая женщина с гуманитарным образованием, инвалид второй группы с дефензивно-малопрогредиентными шизофреническими расстройствами. У нее бесконечные «депрессивные истерики» с суицидальными переживаниями и попытками. Она загружена почти не действующими на нее (если не считать оглушенности) лекарствами, ревет с утра до вечера сквозь эту оглушенность в засаленном халате на засаленном диване «от своей несостоятельности в жизни». Однако она совершенно преображается, сделавшись психотерапевтом для начинающих лечиться: красиво одевается для встреч с пациентами, занимается в библиотеке, выступает с докладами на психотерапевтических конференциях — к удивлению и надеждам родителей и врачей.

Приведу здесь интересный пример из истории отечественной культуры — пример обоюдной терапии творческим самовыражением (в ее религиозном преломлении) в отношениях А.О. Смирновой и Н.В. Гоголя, описанный в работе литературоведа Н.П. Колосовой (1985).

Гоголь пишет, что Смирнова могла «утешить» его потому, что в «страждущие минуты» (т. е. в минуты тягостной тоскливости) души их «бывали сходны (...) между собою», «подобно двум близнецам-братьям» (цит. по: Колосова, 1985, с. 193—194). Ему помогало их «братски и союзно согласованное чтение книг, полезных душе» («Самому не все и не так читается, с человеком безучастным и не знакомым с подобным положением души тоже не так читается» (там же, с. 201). Гоголь в путешествиях со Смирновой по Италии (по воспоминаниям ее дочери) «делал зарисовки, записывал подробно, как играли ее дочери, какая была погода, в какие дни, и как один дивный день напомнил им малороссийский, как дети сорвали и принесли матери цветок, такой же, какие цветут в Малороссии». Они оба «не просто любили цветы и растения, но знали их названия латинские и народные, их лечебные свойства» (там же, с. 199). Н.П. Колосова замечает о Гоголе: «Он часто повторял, что слаб еще, что нуждается в душевной помощи близких его душе людей и

сам стремится помогать тем, кто избрал тот же путь: «тоскующий должен искать тоскующего» (там же, с. 201). Наконец, Смирнова высказывает очень важное об особенности помощи Гоголя ей: «Не говоря прямо, он умел дать почувствовать тем, которых он любил, их предназначение» (там же, с. 233).

Что же тут помогает и почему?

1. Неуверенный в себе человек утверждается в своей помощи кому-то (значит, есть во мне хоть какая-то сила). Склонность, потребность заботиться о ком-то, еще более слабом, беспомощном в каких-то делах — защитный механизм дефензивного пациента. Этим объясняется и стремление дефензивных брать в дом бездомных собак, кошек: хотя бы здесь от меня что-то зависит в судьбе несчастного существа. Дефензивная девочка, например, попеременно больше любит того из своих котов, который заболеет и о котором нужно больше заботиться. Этим же объясняется и склонность заботливо обучить кого-то тому, что знаешь, что также дает ощущение силы, собственной ценности. Подобно тому как эпилептоидный человек смягчается-успокаивается властью, а истерический — какой-либо демонстрацией себя, дефензивный успокаивается в заботах о том, кто еще незащищеннее, и, конечно, ответным чувством благодарности. Принято полагать, что тот, кто лечит или учит, в известной мере выше того (во всяком случае в рамках своей помощи), кого лечит или учит.

2. Когда-то я опасался, что пациенты не станут лечиться у своих товарищей, с которыми недавно еще были на равных в лечебной группе. Но оказалось, что многие тяжелые пациенты даже с особым уважением относились к ним как к преодолевшим свой недуг. И в этом уважении пряталась *надежда, что и я так когда-нибудь смогу*. С., 52 лет, помогавший А., 48 лет, написал мне в письме (5.08.1990), что на его замечание — «один больной — это плохо, а два вместе — катастрофа», А. горячо возражал, подчеркнув здесь «две плоскости — житейскую и лечебную».

3. Когда дефензивный пациент в течение нескольких лет проходит «университет» терапии творческим самовыражением, он действительно приобретает нечто бесценное, духовное, становится в известной мере специалистом этого дела и готов поделиться своими знаниями, новым мироощущением с теми, кто «мучается в тумане», как он сам когда-то. Тяжелые дефензивно-малопрогредиентные шизофренические пациенты нередко остро завидуют тем, кто делает свое дело с душой, «как шар в лузу, закатился своей личностью в любимую профессию» (слова одной пациентки). Теперь

же, сделавшись в процессе лечения немного психотерапевтами, они не видят уже положение свое таким безысходным, надеются, что смогут и профессионально работать интересно-творчески, как-то близко к тому, что делают сейчас. В самом деле, многим из них (даже без гуманитарной профессии) я разрешил бы профессионально работать психотерапевтами (арттерапевтами, библиотерапевтами) — помощниками врачей.

4. В тесном, психотерапевтическом общении с пациентом, подобном себе самому, яснее увидишь «глазом психотерапевта» и свое психастенически-ипохондрическое, депрессивное и т. д. Изучить, понять (хотя бы элементарно) свои болезненные душевные расстройства — значит уже несколько ослабить их, меньше чувствовать.

5. Когда один депрессивный пациент объясняет другому, что, например, в депрессии всегда только кажется, что это тяжкое состояние уже не пройдет, а на самом деле непременно будет светлая полоса, то он *объясняет это одновременно и себе самому, что действует порою сильнее, нежели когда кто-то просто объяснял бы ему это.* А.А. Потебня (1989) в работе «Мысль и язык» отмечает, что «наша собственная темная мысль мгновенно освещается, когда мы сообщим ее другому или, что все равно, напишем. В этом одном смысле, независимо от предварительного приготовления, docendo discimus»*. И «слово есть настолько средство понимать другого, насколько оно средство понимать самого себя» (с. 127).

6. В психотерапевтической работе, раскрывая себя в качестве человека, лечащего творчеством, общением с природой, погружением в прошлое и т. д., пациент *сам испытывает творческое вдохновение* как светлый содержательный подъем духа с чувством-пониманием своего жизненного предназначения.

7. У больного с депрессивными расстройствами в общении с подобным себе пациентом-психотерапевтом или даже несколькими такими психотерапевтами *нет обычно напряженности-скованности, постоянного колкого самоконтроля*, в отличие от общения с врачами или пациентами другого рода (с ним то же самое, что и со мной, он меня понимает и, если буду долго молчать, плохого подозревать, думать обо мне не станет, не будет сердиться, смеяться, пытать вопросами). Не чувствует в таких случаях тягостного противостояния и пациент-психотерапевт, которому обычно трудно помогать тем, кто смотрит на него хотя бы немного свер-

* Обучая, учимся сами (*лат.*).

ху или безразличен к нему. Л., 34 лет, с депрессивными расстройствами, пробовавшая себя в психотерапии с больными алкоголизмом, написала мне: «Думаю, чувствую, что я сильнее в утешении мне подобных» (23.07.1990).

8. Часто у дефензивных в настоящем терапевтическом механизме участвует и *чувство долга*, ответственности. Е., 71 года, сказала мне: «Если б я не работала здесь с группой по понедельникам и средам и не нужно было бы готовиться к занятиям, то спала бы с амитриптилином, не различая дня и ночи».

9. Целебно действует на пациента-психотерапевта и *чувство духовного единения с группой*. «Это творчество, которое вдохновляет, — рассказывает Е., 71 года. — Говорили о двух мальчиках: Комарове из рассказа Нагибина и застенчивом Никите из рассказа Платонова. Симпатии всех в группе были к Никите, а не к Комарову, и мне было так хорошо от этого».

10. Почувствовав, что пациент-психотерапевт делает ему добро, бескорыстно открывает свою душу, пациент *заражается этой доброжелательностью*, и ему уже самому хочется делать добро другим. Раньше, бывает, и не знал толком, что такое доброжелательность. А пациент-психотерапевт не знал, что собственная доброжелательность к другому может быть такой целительной для себя самого. А., 48 лет, пишет мне (1.08.1990), что С., 52 лет, «несмотря на боли в пояснице, волнуется еще за нас при поездке на велосипеде по шоссе, и остаются у него силы на приготовление обеда и на длительные беседы. Во время этих путешествий уходит куда-то депрессивная напряженность и растворяется раздражающее чувство самоконтроля. Думаю, главное здесь — это добро С., дружеское, бескорыстное общение на фоне природы».

11. Небольшая группа пациентов, поддерживающих и вне амбулатории друг друга, так и названа ими *«группой поддержки»*. А., 48 лет, отмечает там же: «Потихоньку живу, опираясь на группу поддержки».

12. Нередко благотворно звучат и *лирические моменты*. «И чисто женское обаяние Наташи тоже немаловажно», — пишет мне один депрессивный пациент (15.08.1990).

13. Терапевтически важно и то, что пациенты *доброжелательно, без всякой дифференциальной диагностики и нравственной оценки разбирают-выясняют характерологические особенности, страхи, навязчивости и другие расстройства друг друга*, дабы соответственно этому общаться друг с другом. А., 48 лет, отметил в письме: «Серьезно подумалось, что недаром общение — это искусство... И с различными людьми оно и должно протекать по-разному» (15.08.1990).



Практические советы

1. Занимаясь терапией творческим самовыражением в амбулатории, каждый врач параллельно своим занятиям с пациентами может организовать, ради того чтобы дело шло скорее, интенсивнее, такого рода взаимную психотерапевтическую помощь пациентов друг другу — индивидуальную и групповую. Пациенты-психотерапевты работают по специальному расписанию и плану в уютных комнатах амбулатории и нередко в домашней обстановке у кого-либо из пациентов или в парке, на выставке, в путешествии. Врач консультирует эти лечебные занятия, включающие в себя: 1) разговоры-беседы о характерологических радикалах, типичной здесь симптоматике (навязчивости, болезненные сомнения, деперсонализационные расстройства и т. д.), о механизмах лечения творчеством; 2) применение специальных методик терапии творчеством (Бурно М., 1989). Из индивидуально прикрепленных друг к другу пациентов и небольших групп постепенно складывается своего рода саморегулирующееся терапевтическое сообщество.

2. Практически важен вопрос — кого к кому прикреплять для взаимопомощи. Вопрос этот перекликается с близким ему — о душевном складе профессионального психотерапевта, предпочтительном для определения клинического круга его пациентов (Рожнов, Бурно М., 1979). Мой опыт говорит следующее. Психастеник способен особенно хорошо психотерапевтически помогать с ответным целебным воздействием психастеникам, дефензивным циклоидам, астеникам и больным с дефензивно-малопрогредиентными шизофреническими расстройствами (с последними особенно важно поработать психастенику с ипохондрическими переживаниями о собственной «шизофрении»). Астенический психопат — астенику и больному шизофренией. Дефензивный циклоид — циклоиду, астенику, шизоиду, дефензивно-истерическому психопату (с больными шизофренией контакт, бывает, здесь не складывается: сквозь собственную естественную солнечность-практичность, проникнутую тревожной ранимостью, подозрительностью, обидчивостью, трудно бывает усмотреть, отличить от здоровой жизни именно процессуальное, депрессивно-болезненное, расщепленное [не «хулиганское»] и посочувствовать ему). Дефензивный шизоид с успехом поможет и шизоиду, и больному шизофренией. Дефензивный истерический психопат обычно впечатляюще, актерски помогает другому дефензивному истерическому психопату или циклоиду, а дефензивный эпилептоид — и эпилептоиду, и истерическому психопату. Дефензивные шизофренические

пациенты — пациентам с подобными расстройствами и дефензивно-истерическим психопатам.

3. Когда трудно побудить пациента к целебной для него психотерапевтической работе с другими пациентами (это случается обычно у дефензивно-малопрогредиентных шизофренических пациентов с острой неуверенностью в себе), я объясняю, что это так же важно, как его лечение у врача, и если он не станет помогать другим, то и не имеет права жаловаться мне на свои расстройства — как отказавшийся от лечения.

Заключение

«Эх, сапожник без сапог! — говорят обычно ранимому, застенчивому психотерапевту. — Как же будешь лечить, когда сам *тово*?..» Но оказывается, самые лучшие психотерапевты для пациентов, страдающих переживанием своей неполноценности, — психотерапевты с подобным расстройством, поднявшие себя к творчеству, светлому мироощущению тем, что помогали родственным душам выбираться из дремучей дефензивности. Без собственного сложного дефензивного переживания не войдешь серьезно-целебно в дефензивное переживание другого. Без сложного тягостного переживания возможно лишь гипнотически-авторитарно снимать истерические моносимптомы. Самоактуализация личности — центральная тема в сегодняшней психотерапии. Способы целебного личностного роста разнообразны, как и наши пациенты. В. Кречмер (Kretschmer W., 1982) рассказывает о западных группах встреч в духе американского психотерапевта Уильяма Шютца, главное в которых — непосредственное, непринужденное общение в удобном доме нагишом, без условностей (эротика, плавание, рисование, музицирование и всякие другие дружеские импровизации, несущие радость самоактуализации). Вольфганг Кречмер отводит в сторону моральные возражения против такого «лечебного рая», поскольку «речь идет о человеке в беде», который почувствует себя уверенным, будет расти личностно только благодаря этим «подлинным и глубоким переживаниям», которые он более нигде не получит (s. 154). Это все, конечно же, так, но, думается, только не в отношении российских дефензивных пациентов с их нередкой болезненной серьезностью чувств. Стыдливые воспоминания могут поистине замучить многих из них, стремящихся к щепетильно-нравственной законченности своих поступков. В то же время наши скромные «платонические» группы творческого самовыражения (тоже в уютной обстановке с чаем, свечами, музыкой, слайдами или в путешествии и т. д.) вспоминают-



ся многими нашими поднявшимися «дефензивами» — со светлым душевным теплом и без тени неловкости. И вести эти группы могут не только дипломированные специалисты, но и их помощники — опытные пациенты-психотерапевты с бесценной пользой для себя.

3.14. О некоторых видах библиотерапии (1998) [113)]

Библиотерапия (лечение чтением книг) как психотерапевтическая система сложилась к середине XX века и прежде всего в США (Бурно М., 1989, 1995). В США сегодня публикуются обширные библиографии работ по лечению чтением книг, выходят периодические издания по библиотерапии. Например, один из отделов Американской библиотечной ассоциации в Чикаго («Отдел лечебных и реабилитационных библиотечных услуг») выпускает журнал «Лечебные и реабилитационные библиотечные услуги» («Health and Rehabilitative Library Services»), а Национальная ассоциация терапии поэзией в Нью-Йорке — «Журнал терапии поэзией» («Journal of Poetry Therapy»). Сегодняшняя библиотерапия бесконечно разнообразна, как и сама психотерапия, как человеческая душа. На Западе она — более религиозная, психологическая (в т. ч. психоаналитическая), у нас — более клиническая, педагогическая.

Вот ипохондрик мчится в страхе, в очередной раз прощаясь с жизнью, в библиотеку и там успокаивается, выяснив за книгой, за атласом, что нет, слава Богу, этот его бугорок — не рак языка. Это нормальный лимфатический фолликул, о существовании которых он прежде не знал, т. к. он не врач, и вот страшное вообразил. Но такому ипохондрику глубже поможет встреча с врачом, который его внимательно осмотрит. Можно порасспрашивать врача, дабы что-то уточнить и окончательно погасить тревожные сомнения. Обрести целебное светлое мироощущение (религиозное, философское), по-видимому, также прежде всего помогает «живое общение со священником, философом, психотерапевтом, а потом уже, по их советам, чтение соответствующих книг. Библиотерапией в узком, истинном смысле (не вспомогательном, не «заменительном») я назвал бы целебное чтение таких книг, которые живут самостоятельной жизнью, отделившись от автора, и при этом у читателя нет надобности что-то у автора уточнять, независимо от того, жив он или давно умер. Это случается, когда книга дышит личностью автора. Тогда, по законам творчества, она как бы живее, глубже, лучше его самого. Мы в тишине погружаемся в эту

книгу, и нас охватывает целебное сопереживание, которое Аристотель в «Поэтике» назвал «катарсис» (очищение, отреагирование: сострадая, очищаемся духовно).

Почему, сострадая-сопереживая, очищаемся от своего тревожного, тягостного душевного напряжения? Потому что в душевном напряжении, в тревожности обычно испытываешь неопределенность, беспомощность своего «Я», неясность своего места среди людей, не чувствуешь себя собою, опасаешься какой-то грядущей беды, а сопереживая (даже горестно сопереживая), вследствие подобия своих переживаний переживаниям того, кому сопереживаешь, возвращаешься к себе, ощущаешь себя, свою особенность, как и во всяком творчестве, и, значит, испытываешь вдохновение. А оно содержит светлую доброжелательность к людям, оно есть Любовь, лечащая нас и тех, кто рядом. Это, конечно, лишь мое, духовно-материалистическое, клиническое объяснение — в противовес объяснениям идеалистическим, религиозным.

Какие же книги лечат, целебно просветляют? Каждого — свои, в зависимости от особенностей страдания. Особенности эти обусловлены особенностями-подробностями характерологического склада или душевной болезни, занавешивающей характер. Французский исследователь литературы, так рано умерший Эмиль Геннекен (1858—1888) создал особое направление в науке — *эстопсихологию*, рассматривающую (в отличие от литературной критики) произведения искусства «как выражение души — и представителей искусства, да и народа, к которому они принадлежат». Почитатели определенного писателя подобны ему «особенностями душевной организации», это соответствие и обеспечивает у них успех книги, вообще художественного произведения. К примеру, не случайно Бодлер как читатель любит По, Готье, а Флобер восхищается Бальзаком, Гюго. Гейне, Мюссе больше читает молодежь, а Горация — старики (Геннекен, 1892, с. 4, 76, 80—82). Книговед Н.А. Рубакин назвал этот открытый Геннекеном закон («художественное произведение производит эстетическое действие только на тех людей, душевные особенности которых воплощены в его эстетических свойствах») «законом Геннекена», полагая, что этим законом выражена «самая суть, самая основа влияния книги на читателя» (Рубакин, 1975, с. 191—192). Закон Геннекена, думается, лежит и в основе *клинической библиотерапии*. Возможно было бы, сообразуясь с современным учением о характерах, болезнях, рассказать, как помогает звучание определенного характера автора книги (психастенического, авторитарного, аутистического и т. д.) или его душевного за-

болевания — в соприкосновении с подобной ему душой читателя. Возможно было бы также показать, какие характеры, душевные расстройства побуждаются в данное время историей, общественными событиями участвовать в возникновении, развитии известных стилей в литературе, искусстве (классицизм, романтизм, экспрессионизм, барокко и т. д.), какие характерологические особенности, душевные расстройства более свойственны отдельным народам и обнаруживаются как национальные особенности художественного произведения. Но здесь лишь отмечу, что для целебного созвучия с автором необязательно совпадение характерологического типа или клинической картины душевной болезни. Порою глубже помогают какие-то грани созвучия в разных характерами людях — писателе и читателе (целебное поклонение автору скорее возможно тогда, когда чувствуешь, что он недосягаемо другой, а все же есть определенное сродство, грань созвучия). Бывает, помогает и то, что автор чужд тебе, но, благодаря этой, возбуждающей душу, чуждости, противоположности, легче возвращаешься к себе самому: я-то другой — и вот какой. А волшебное чувство себя, своей ценности и есть основа целебного творческого подъема-вдохновения.

На Западе, как известно, особенно в телевизионных фильмах, давно уже применяется разнообразное научно-художественное изображение для массовой профилактики и лечения. В нашей библиотерапии также, хотя и робко, складывается-развивается особая область лечения и профилактики специально созданными психотерапевтами рассказами, очерками, стихами, пьесами (пьесы ведь можно и читать в книге). Это не есть раздел художественной литературы; это — область врачевания. Однако целенаправленное лечебно-профилактическое воздействие производится здесь не столько внушением, групповым взаимодействием и другими более или менее техническими приемами, сколько прежде всего научно-художественными образами, научно-художественным изображением переживаний. В отличие от иного художественного рассказа писателя, ощутимо целительно действующего на больного человека, психотерапевтический (психопрофилактический) рассказ может подействовать и не так ярко, но, созданный специалистом, он движется внутренними целебными силами-закономерностями и в этом отношения более профессионально-обстоятелен и лечебно-профилактически проникновенен. По-видимому, первым в нашей стране такого рода библиотерапевтические произведения стал создавать и систематически планомерно применять курортный врач-психотерапевт Давид Александрович Бершадский (1987, 1989—1990). В последние годы по-

добных попыток становится все больше (Бурно Е., 1993; Бурно М., 1994, 1997—1998; Григорьев Г.И., 1992; Каган В.Е., Левин А.Н., 1990). Конечно же, такая библиотерапия научно-художественным творчеством психотерапевта мягко переходит в родственную ей область некоторых форм психотерапевтического театра, в котором исполняются психотерапевтические (психопрофилактические) произведения (спектакли, концерты) (Бурно М., 1995).

Итак, намеченное выше есть лишь один из подходов в библиотерапии — реалистический, диалектико-материалистический, одухотворенно-материалистический, клинический подход (*клиническая библиотерапия*). Суть его — убежденность в определенной материальной, биологической основе самого сложного, глубинного духа, характера, душевной болезни, мироощущенческая убежденность в первичности материи, тела как источника духа. Дух — не материя, его содержание наполняется из общественной жизни, но особенности его, форма, структура мысли и чувства определяются материальными, телесными, часто генетическими особенностями. Например, в душе одного человека содержание общественной жизни преломляется духовно-материалистически, а в душе другого — идеалистически (прежде всего — по природе характера, малозависимо от усилий воспитания, если, конечно, человек рождается с природным характером, не безлик). И это с точки зрения материалистического мироощущения не два разных материальных приемника Духа, а два источника, два сгустка саморазвивающейся Материи-Природы, без которой Дух не существует. Этот духовно-материалистический подход органически близок мне, и *клиническая, реалистическая библиотерапия* такого рода входит как составляющий момент в сложный психотерапевтический метод — Терапию творческим самовыражением, которую разрабатываю уже много лет. Цель клинической библиотерапии состоит в том, чтобы помочь человеку, благодаря знакомству с элементами психиатрии и характерологии, благодаря творческому чтению прежде всего созвучных ему книг, глубже познать себя, других, себя через других, войти в более или менее стойкое состояние целебного творческого вдохновения, обрести *свой* Смысл, *свою* дорогу на Земле и в Космосе — сообразно своим природным особенностям (особенностям характера, хронической болезни). Понять-прочувствовать сильное и слабое в себе, что могу делать лучше, чем другие, чем другое, а что — не мое: вот что для меня важно, дорого, вот во имя чего буду жить. И когда тот знакомый уже нам ипохондрик с тревогой за свой язык просветлеет, укрепится смыслом

жизни в своей душе, его изначальная, природная тревога, конкретизирующаяся в ипохондрический поиск определенной «смертельной» болезни, смягчится, меньше станет ипохондрий, ослабеют они. Клиническая библиотерапия (сколько могу судить по многолетней работе с пациентами без острой психотики и по своему жизненному опыту) чаще серьезно помогает сложно-дефензивным, субдепрессивным пациентам с психастеническим, синтонным, аутистическим характерологическими радикалами или с мозаико-шизотипическим смешением различных радикалов.

С точки зрения духовно-материалистического подхода по-своему понятен противоположный подход — идеалистический как основа *идеалистической библиотерапии*. Всякий идеалист (по мироощущению) таков по своей природе, что способен (может быть, с годами или только в состоянии вдохновения) чувствовать известную самостоятельность, изначальность, аутистичность (самособойность) Духа по отношению к Материи. Дух для тонкого, сложного идеалиста как бы пробивается в нашу жизнь из своего потустороннего Царства символами, сплетающимися в определенные ориентации — религиозные, философско-идеалистические, психологические, психоаналитические. Материя, тело есть для одухотворенного идеалиста временное пристанище, приемник вечного Духа. Идеализм может быть одухотворенно-тонким, сложным, а может быть и грубоватым, как и материализм. Так, марксистско-ленинская коммунистическая ориентация весьма грубовато-идеалистически отрывает дух от человеческой природы, биологии характера. Кстати, представители этой ориентации в литературоведении, искусствознании — И. Иоффе, В. Фриче, М. Каган. Застреваю здесь на материалистическом и идеалистическом мироощущениях, потому что убежден: через это философское размышление многое проясняется в сложной, личностной психотерапии (и том числе библиотерапии). Сквозь зловещий дым агрессивной коммунистической утопии Маркс и Энгельс видятся мне обычными гениями-материалистами, открывшими-разработавшими диалектический материализм (оставляю в стороне экономические открытия Маркса). По складу своему оба они в то же время оказались, к несчастью Человечества, верующими в коммунизм, когда, признав духовное-нематериальное (в отличие от вульгарных материалистов), далеко отошли от биологии к будущей общественной жизни человека. Здесь перестали они быть материалистами, как и родственный им по складу их предшественник — Фейербах. Но кристаллизованный ими из гегелевской диалектики и фейербаховского материализма диалектический материализм как философское

мироощущение-мировоззрение способен сложно, одухотворенно развиваться. Именно этим одухотворенно-материалистическим, естественно-научным мироощущением стихийно направляется творчество Дарвина, Корсакова, Чехова, Павлова, Ганнушкина. Одухотворенным диалектико-материалистическим, естественно-научным мышлением-чувствованием проникнута и классическая клиническая психотерапия Кречмера и Консторума. Духовный (т. е. преклоняющийся перед духовным как высшим) материалист сегодня нередко способен без всякой авторитарности согласиться с тем, что идеалист по-своему прав, и способен испытывать с ним глубокое созвучие в гранях духовности-нравственности.

Эти два подхода — диалектико-материалистический, естественно-научный (клинический) и идеалистический (психологический) — в своем взаимодействии насущно дополняют друг друга в смысле принципа дополнительности Нильса Бора, и это взаимодействие служит источником духовного развития Человечества.

Для психолога (обычно идеалиста) катарсис — чаще всего самособойное переживание, не отвечающее природным особенностям человека. Так, Л.С. Выготский существом катарсиса считал взрыв-разряд мучительных переживаний, превращающихся при этом в радостные, светлые вследствие противоречивости, заложенной в художественном произведении. Выготский подчеркивал, что пытается, в отличие от Геннекена, «изучать чистую и безличную психологию искусства безотносительно к автору и читателю, исследуя только форму и материал искусства» (Выготский, 1968, с. 17, 271). Так, «чистую и безличную психологию» библиотерапии (в виде той или иной психологической [в т. ч. психоаналитической]) концепции применяет-изучает и библиотерапевт-психолог (*психологическая библиотерапия*). Например, не отправляясь существенно от особенностей характера, клинической картины, одухотворенно, общегуманистически широко работает библиотерапевтически с пациентами литовский психотерапевт А.Е. Алексейчик. Он тонко-архитектурно описывает неспецифические библиотерапевтические процессы («успокоение», «удовольствие», «чувство уверенности в себе», «высокая психическая активность», «общее постоянное психическое развитие») и специфические, т. е. специально направленные на нарушения, личность «преимущественно через какой-либо один психический процесс: мышление, чувство, деятельность» («контроль над психическими процессами путем усиления их повторением, воспроизведением деталей или ослабления посредством анализа, оттеснения другими воспоминаниями и эмоциями»,

«эмоциональная переработка», «тренировка», «разрешение конфликта») (Алексейчик, 1985).

При *религиозной библиотерапии* катарсис обыкновенно понимается как чувство, переживание встречи с Богом. Так, архиепископ Лука (в миру — профессор-хирург В.Ф. Войно-Ясенецкий) в своей книге «Дух, душа, тело» отмечает: «Читая или слушая слова Священного Писания, я вдруг получал потрясающее ощущение, что это слова Божии, обращенные непосредственно ко мне» (Архиепископ Лука Войно-Ясенецкий, 1991, с. 108).

В этом смысл и ахматовского четверостишия:

Не повторяй — душа твоя богата —
Того, что было сказано когда-то,
Но, может быть, поэзия сама —
Одна великолепная цитата.

Современные американские библиотерапевты Арлин Хайнс и Мери Хайнс-Берри в капитальном руководстве по библиотерапии отмечают, что восьмая глава солженицынского «Ракового корпуса» (где Ефрем Поддуев в больничной палате пересказывает другим больным толстовский рассказ о том, что «живы люди не заботой о себе, а любовью к другим») есть почти совершенное введение в интеракционную (с активным взаимодействием пациентов между собой — *М. Б.*) библиотерапию (Hynes, Hynes-Berry, 1989, p. 9). Монахиня Арлин Хайнс, преподаватель библиотерапии в колледже Святого Бенедикта, всемирно известный библиотерапевт, в своей актовой речи в Национальной Ассоциации терапии поэзией «Поэзия — дорога к Божественному» (1990) рассказывает, что поэзия воспитывает в пациентах в процессе библиотерапевтических занятий высокие свойства, интуитивно-акростихически выведенные ею из слова SPIRIT (Дух): Духовность (Spirituality), Живое восприятие (Perception), Проникновение в сущность (Insight), Уместность (Relevancy), Целостность (Intergration), Всеобщность (Totality). То есть пациенты проникаются чувством Бога, становятся зорче, замечая красоту просветов между листьями обычных деревьев, глубже видят, осмысливают обыкновенное, точнее, уместнее подбирают слова для выражения переживаний, становятся цельными, свободными, осознав, что цепи свои выковали себе сами, приобщаются к общей картине мира с чувством личной ответственности и перед Землей, и перед Космосом.

Вслушиваясь в эти чудесные слова, думаю, что Духовность идеалистическая и Духовность материалистическая близки, едины и в нашей жизни, и в нравственно-одухотворенной Библиотерапии.

Психологическая и религиозная библиотерапия существенно помогают многим пациентам без выраженной дефензивности — с аутистическим, истерическим радикалами и шизотипической мозаикой радикалов.

Украинский библиотерапевт-исследовательница А.М. Миллер в работе своей с живой эмоциональностью опирается не на личностные, клинические особенности, а на трудную ситуацию, в которой находится герой рекомендуемой больному книги и с которой справляется. Пациент в подобной, травмирующей его обстановке учится у литературного героя «мобилизовать внутренние ресурсы своей личности» и действовать правильно, адекватно (с точки зрения библиотерапевта-педагога, исповедующего в данном случае марксистско-ленинскую ориентацию) (Миллер А., 1975, с. 3, 10). Это, думается, пример *педагогической библиотерапии*, показанной особенно пациентам с авторитарными, истерическими свойствами и примитивным.

Санкт-петербургский психиатр-психотерапевт О.Н. Кузнецов использует в предложенной им литературоведчески-психологической «пациентоцентрированной библиотерапии психогений непривычных условий существования» роджеровскую недирективность. Обсуждая в беседе с пациентом волнующие пациента художественные произведения (поначалу литературоведческие), библиотерапевт «незаметно подправляет» «действия и мысли пациента». Если пациента волнует совсем не то произведение, в котором возможно усмотреть «причину создавшейся по вине больного психотравмирующей ситуации», библиотерапевт мягко предлагает обратить внимание на другое, «ключевое» произведение, в котором эта ситуация достаточно ясно видится. Во всех случаях следует стремиться превратить «разговор о литературе в беседу о смысле жизни, красоте, рождающейся в непривычных, иногда предельно трудных условиях существования» (Кузнецов, 1993, с. 35, 42).

Понятно, что библиотерапия научно-художественным творчеством психотерапевта также может быть по своей структуре-подходу — клинической, педагогической, психологической (в том числе психоаналитической, экзистенциально-гуманистической), религиозной.

3.15. О терапии творческим общением с природой (1986) [37)]

Это — частная методика, сплетающаяся с другими методиками терапии творчеством (терапией созданием творческих произведений, проникновенно-творческим погруже-

нием в прошлое и т. д.) в сложном методе Терапия творческим самовыражением, предназначенном прежде всего для пациентов с психастеническими и психастеноподобными расстройствами.

На курортах терапию творческим общением с природой возможно применять и как относительно самостоятельную методику, в том числе психопрофилактически (к душевно здоровым людям). Важно, однако, отметить специфическое в этой методике, отличающее ее от других известных способов психотерапии общением с природой (Яроцкий, 1908; Кутанин, 1966; Телешевская, 1980; Филатов, Мартыненко А., Мартыненко В., Паламарчук, Кравцов, 1983). Это специфическое состоит в том, что важно научить пациентов осознанно воспринимать природу ***по-своему***, в соответствии со своими душевными особенностями, т. е. творчески. Это значит — не просто созерцать природу, а выбирать в природе то, что близко, духовно созвучно, фотографируя, зарисовывая, описывая это и тем самым осознанно выясняя, подчеркивая свое отношение к данным предметам, явлениям природы, пейзажам, и, значит, вдохновенно познавая таким образом себя, свою духовную индивидуальность, свой путь к людям, свою манеру общественно-полезной деятельности. Творчество есть созидательная сила, в том числе и в творческом общении с природой. Здесь все начинается, казалось бы, от пустяков — собрать в коробке коллекцию созвучных камней, снять на цветные слайды или нарисовать созвучных бабочек, цветы, деревья, выбрать в ночном небе созвездия, которые более по душе и т. д. Но все это служит, в конце концов, для того, чтобы более чувствовать, сознавать себя самим собой, жить и работать творчески, т. е. ***по-своему*** и значит — с целебным вдохновением, оптимистическим мироощущением. Когда человек через морской камень, который своим цветом и формами близок ему, показывает себя людям, когда он осознает-переживает именно *свое* отношение к цветку, грибу, улитке, замшелым валунам, звездам в небе, а через все это свою единую духовную особенность-индивидуальность, — тогда уже нет ***расстройства*** настроения: рас-строенное, рассыпанное, медузно-аморфное, тягостно-неопределенное собралось, кристаллизовалось в эту духовную особенность (основу творчества), которой интересен, важен другим людям в быту и профессиональном труде.

Бывает, поначалу нелегко помочь пациентам чувствовать природу *осознанно по-своему*. Нередко даже слышим, что «природа меня не интересует и не поможет мне». Но вот посидят эти пациенты в лечебной группе, посмотрят цвет-

ные слайды, рисунки своих товарищей, узнают, что оказывается, эти знакомые цветы называются иван-чай, пижма, купальница, и от одного этого знакомства часто возникает тепло к указанным растениям, ищут их потом в природе. Проникнуться чувством к живому природному помогает одухотворенное освежение знаний о природе (хотя бы из школьных учебников), напоминание о том, что все мы вышли из природы. Говорю об этом обычно так: «Ведь прожилки в листьях лопуха, крапивы или в красном кленовом листе — это сосуды растения, подобные нашим кровеносным сосудам. Они тоже разносят, ветвясь, свою растительную кровь-питание в каждую живую клетку, в самые кончики листьев. Лягушка на лопухе дышит, как и мы, и тоже у нее ноздри и рот, хотя по-своему устроенные, тоже кожа и пальцы на лапке. У людей маленькие дети — и у растений свои маленькие дети. Я пью воду — и одуванчик пьет из земли воду. У человека глаза — и у синицы, особенно устроенные, но тоже глаза. Мы видим себя в живой природе, и живая природа живет в нас. Поэтому рядом с живой природой нам хорошо, как хорошо с родными людьми. Будущий человек в утробе матери за девять стремительных месяцев, пока не родится на свет, кратко повторяет великий и долгий путь усложнения живого от одноклеточного к человеку. На этом пути он, например, дышит жабрами, как рыба, а позднее покрыт, как обезьянка, шерстью, растворяющейся потом в околоплодной жидкости. Кстати, также и лягушка, прежде чем стать лягушкой, живет некоторое время головастиком, то есть подобием той рыбы, которая когда-то выползла из воды на берег, превращаясь в лягушку. Но дышащий жабрами головастик, вылупившийся из икринки, живет не в животе матери-лягушки, потому что нет такой необходимости: в пруду или луже, где плавает лягушачья икра, вон сколько “околоплодной” жидкости!». В этом же духе (также с помощью слайдов) возможно рассказывать о домашних животных, например, о собаках. «Собака, конечно, ближе к человеку, нежели кошка, хомячок, попугай. Собака нередко дает богатый отзвук на наше добро к ней, волнуется за близкого ей человека. Например, ей передается человеческое волнение ожидания, и она в тревоге бегает к калитке смотреть: не идет ли. Живя вместе с собакой, видим, чувствуем в ней то, что перешло от животных к человеку и социально усложнилось-изменилось, а в человеке видим яснее то, что роднит нас с животными, природой вообще. Собака как домашнее животное как бы стоит между нами и остальной природой не только в том смысле, что, вынужденные гулять с собакой, больше обращаем внимание

на травы, деревья, среди которых она бегает, на движение времен года, но, главное, благодаря собаке, ощущаем острее, глубже связь свою со всей природой».

Научиться воспринимать природу осознанно по-своему, несомненно, помогает изучение с пациентами элементов типологии характеров, того, как люди с разными характерами по-разному воспринимают природу, как видится это, например, у разных художников-пейзажистов.

Минимальный курс лечения по данной методике возможен из пяти двухчасовых занятий в уютной обстановке с чаем, слайдами, специально подобранной музыкой, прогулками на природе (с попытками рисовать, фотографировать, записывать свое в природе): 1. О единстве природы и человека, об экологической проблеме и бережном отношении к природе. 2. О деревьях, кустарниках, цветах, травах, животных с запоминанием названий, образа жизни, особенно тех растений, живых существ (улиток, насекомых и т. д.), которые обитают в данном месте. 3. О ландшафтах. 4. О камнях и звездном небе. 5. О становлении, углублении духовной индивидуальности в творческом общении с природой и о связи этого с созидательной творческой работой в широком смысле.

3.16. О клинической сути терапии творческим самовыражением (1994) [79)]

Нас пронизывает нечто единое, беспредельно-космическое (природное-материальное или божественное-идеальное), перед которым мы довольно беспомощны и в котором (и по причине которого) живем (чаще охотно) отпущенный нам срок, благодарные этому Нечто, доверившись ему и даже изучая его. Сообразно своим природным особенностям, располагающим к материалистическому или идеалистическому мироощущению, чувствуем-понимаем это Нечто либо стихийно саморазвивающейся Природой, либо целенаправленно саморазвивающимся Духом, направляющим Природу, пронизывающим ее. Другие известные названия Духа в этом его значении — Бог, Мировая Гармония, Красота, Вечный Разум, Беспредельный и Непреложный Принцип, Логос, Абсолют, Нерушимое, Мировая Сущность, Истина.

Существо многих нынешних психотерапевтических приемов состоит в побуждении к целительному духовному саморазвитию-самореализации-самоактуализации. Чаще сегодня самоактуализацию чувствуют-понимают как светлое духов-

ное саморазвитие-рост с ощущением первичности-изначальности этого духовного в себе. Это ясно видится мне в «самоактуализации» К. Гольдштейна и А. Маслоу, в йоге А. Гхоша, в дзене, в личностно-центрированной терапии К. Роджерса, в психосинтезе Р. Ассаджиоли, «органическом единстве» Ф. Перлза, в «быть» Э. Фромма, в логотерапии В. Франкла. Однако возможно чувствовать-понимать самоактуализацию (в соответствии с иными, реалистическими особенностями душевного склада) и как целебное в своей сути (в широком и высоком смысле), подправляемое разумением врача (в духе клинической психотерапии) стихийное, первичное саморазвитие Природы-Матери, «светящейся» Духом, не существующим без нее. Думается, именно в этом смысле Э. Кречмер говорит о своей психотерапии — «созидании личности по ее конституциональным основным законам и активностям».

Терапия творческим самовыражением есть также реалистическая (диалектико-материалистическая, естественно-научная клиническая) самоактуализация. Высшая цель этого метода: помочь людям с тягостным хроническим переживанием своей неполноценности (дефензивностью) специальными психотерапевтическими творческими занятиями войти в состояние более или менее выраженного целебного творческого вдохновения (творческий стиль жизни) — сообразно своим стойко-клиническим, личностным особенностям. Речь идет, таким образом, не просто о том, чтобы помочь человеку стать вообще вдохновенно-творческим самим собою, обрести свой смысл, путь, а о том, чтобы стать именно психастеническим, шизоидным, даже шизофреническим и т. д. творческим (в широком смысле) самим собой. Посему при подобной клинико-реалистической самоактуализации насущны дифференциальная диагностика, изучение пациентами характерологических радикалов, элементов клиники — дабы понять-почувствовать себя и друг друга, свои ценности и ценности друг друга как излучаемое биологической, телесной основой. И лишь на этой почве, вместе с этим — обретение себя в творчестве (создание творческих произведений, творческое общение с искусством, природой, проникновенно-творческое погружение в прошлое и т. д.). Одухотворенно-идеалистическая самоактуализация следует «мимо» характеров, клинических особенностей, предполагая изначальность-самостоятельность духовных движений, трудностей — в отношении особенностей биологического, телесного, составляющего для клинического психотерапевта основу характера и переживания. Для клинициста, реалиста это биологическое, теле-

сное — источник духа, а не приемник-сосуд, как это обычно чувствует-понимает психологический психотерапевт. И тот, и другой подходы, дополняя друг друга, думается, равно необходимы — для пациентов и психотерапевтов, склонных природой своей к психологическому (идеалистическому) и клиническому (материалистическому, реалистическому) мироощущению.

3.17. Чай и свечи в «психотерапевтической гостиной» (1987) [41)]

Групповые занятия в Терапии творческим самовыражением совершаются в одухотворенной обстановке: ароматный чай в красивых чашках, печенье, свечи в подсвечниках, уютная настольная лампа, мягкий музыкальный фон, слайды на экране. Московский врач Э.А. Каменецкая, наблюдавшая нашу работу «изнутри» группы, назвала эту обстановку «психотерапевтической гостиной». Попытаемся показать основные моменты серьезного целебного воздействия такой «гостиной», сосредоточившись особенно на свечах и чае.

1. Неяркость освещения, как отметили многие пациенты, сразу же смягчает напряженность, т. к. тебя, твои глаза, твою неловкость, конфузливость уже не так видно, как при обычном свете. Кстати, полутьма благотворно «съедает», «выключает» из лечебно-домашней обстановки мешающие делу, нередкие еще медицинские атрибуты в углах психотерапевтического кабинета — лекарственные шкафы, корешки историй болезней на полке и т. п.

2. Не-медицинский одухотворенный чайный уют без белых халатов, фонендоскопа, неврологического молотка, когда врач и медсестра выступают здесь как просто добрые, опытные помощники душевному состоянию, также просветленно раскрепощает и даже веселит.

3. Тревожный, застенчивый пациент, не знающий поначалу, как сесть, куда деть руки, может взять со стола сухарик, помешать в чашке ложечкой — и уже чем-то себя занял и смягчился в своей острой неловкости-стеснительности.

4. Само пламя свечи поначалу (для многих не вполне осознанно) действует целебно, в духе терапии творческим общением с природой и проникновенно-творческим погружением в прошлое своей «вечной природностью», как говорят пациенты, воспринимающие эту «природность» каждый по-своему, сообразно своим особенностям. Этот «живой огонь» был, в сущности, такой же и до происхождения Земли, и в первобытной пещере. В прошлом веке таким же огнем

горела крестьянская лучина. Таким видели огонь и Фарадей, и Гераклит, считавший весь мир «вечно живым огнем, мерно загорающимся и мерно потухающим». В групповых беседах о пламени свечи, например, еще и с одновременным чтением вслух книги Фарадея «История свечи», психотерапевтическое действие свечи становится еще более сильным от его осознанности, содержательного теперь, захватывающего дух представления о пламени.

5. Чай в чашках — также прежде всего природа, но живая. Многие пациенты отметили поэтому, что чаепитие всегда и везде «маленький праздник». Прелесть общения с природой здесь особенно чувствуется, когда чай ароматен, в керамических чашках (керамика — тоже природа, в отличие от стекла, и притом сделана керамическая чашка человеческими руками, не машиной, и оттого она теплей), когда чай из самовара, нагретого горящими природными шишками, и т. д. Кроме того, чаепитие есть «маленький праздник» и потому, что помогает увидеть необычное, красоту в обычном (чайная церемония), по-своему почувствовать прошлое (чай пьют с древних времен). Тихое чаепитие уводит от суеты, единит пациентов между собой, с природой, прошлым и красотой. Исторические, ботанические и др. сведения о чае, рассматривание чайных плантаций (слайды на экране) обычно обогащают, усиливают удовольствие от чая осознанностью причины этого удовольствия.

Таким образом, чай, свечи в «психотерапевтической гостиной» как атрибуты лечебной обстановки неосознанно-осознанно смягчают и просветляют особенно дефензивных пациентов. В то же время они могут сделаться предметами специального творческого группового обсуждения, помогающего яснее понять себя в своем отношении к ним (для своей творческой общественно-полезной жизни) — с помощью различных конкретных методик терапии творчеством: терапия созданием творческих произведений, терапия творческим общением с природой и т. д.

3.18. Материалы к занятиям в группах творческого самовыражения (1988—1998)

3.18.1. О клинико-психотерапевтических рассказах врача (1988) [43)]

Уже в течение 12 лет в рамках Терапии творческим самовыражением применяются клинико-психотерапевтические рассказы врача. Это произошло естественно, само собою, в

амбулаторно-уютной групповой атмосфере, когда сделалось очевидно, что нередко для глубинного проникновения в душу пациента врачебные положения должны быть одухотворенно-образными. Такие рассказы отличаются от целебных произведений художественной литературы тем, что психотерапевтические образы в них проникнуты клиницизмом, помогают пациенту найти свой жизненный путь сообразно своим клиническим особенностям.

3.18.2. О психотерапевтически глубоком, медленном общении с духовными ценностями (1988) [44)]

Терапия творческим самовыражением помогает понять, прочувствовать себя среди людей и природы как вдохновенную общественно-полезную личность — в том числе и благодаря обучению непосредственному общению с произведениями искусства. Для этого, например, пациент из многих репродукций картин на открытках отбирает то сравнительно немногое, что ему по душе, и затем идет к этим картинам в музеи, чтобы почувствовать, как «дышит» неповторимой одухотворенностью сам подлинник. Перебирая дома открытки, он вспоминает эту непередаваемую в копии одухотворенность. Несколько строк Пушкина, произнесенные вполголоса с медленным раздумьем, могут также вдруг обнаружить неуловимую целебную духовность оригинала. И так далее.

3.18.3. О значении групповых занятий в Терапии творческим самовыражением (1989) [52)]

Группа творческого самовыражения — основа указанного сложного психотерапевтического метода. Без творчества в группе невозможно так ясно, как это необходимо для серьезного лечебного эффекта, увидеть, прочувствовать, осознать свою личностную неповторимость, свой душевный тип, радикал (синтонный, аутистически-философический, авторитарный и т. д.), иные душевные типы (в том числе через иные особенности творчества), иные человеческие ценности и слабости. В этом смысле группа есть маленькая характерологическая лаборатория, собрание товарищей по группе — человеческих характеров, с которыми надобно учиться ладить в жизни, опираясь на их общественно ценное. Без группового творчества для многих пациентов практически невозможно проникнуться собственным творчеством. Прежде они не жили творчески, дабы не выделяться из

обычной среды, а здесь начинают, наконец, творить, чтобы быть «как все» в этой камерной, уютной группе. Таким образом, пациента следует сразу же «погрузить» в группу — этот самолечебный (благодаря руководству психотерапевта) «организм» и вместе с пациентом набраться терпения, иногда на долгие месяцы.

3.18.4. «Головастик и лягушка» (тема к занятию в группе творческого самовыражения) (1989) [53)]

В практической Терапии творческим самовыражением постоянно так или иначе звучит мотив целебного проникновенно-творческого погружения в прошлое. Наше прошлое — это и живая природа, из которой мы вышли. Рассматриваем вместе с пациентами летом в аквариуме головастиков с жабрами и с уже вылезшими возле крупной головы крохотными лапками и лягушат (пойманных в траве у того же болотца) — с еще сохранившимися «головастичными» хвостиками. В групповой творческой беседе каждый обнаруживает свое, личностное отношение к головастику, лягушке, связи между ними, к тому, какое все это имеет отношение к нам. Психотерапевту важно помочь пациентам глубже и доброжелательнее почувствовать в этих животных наших «родственников», наш путь эволюции (онтогенетически-кратко повторяющийся в утробе матери, где каждый из нас дышал жабрами, как головастик, имел хвост, потом выросли «лапки» и т. д.). Все это оживляет благотворное ощущение наших корней, нашей великой связи с Природой.

3.18.5. Об одном «психотерапевтическом утешении» (1989) [54)]

Психастеническим и психастеноподобным пациентам, переживающим свою мыслительную, душевную инертность, неважную сообразительность, весьма среднюю механическую память, слабые способности к самостоятельному изучению иностранных языков и житейскую непрактичность, в процессе Терапии творческим самовыражением сообщаем, что все это, между прочим, терзало и великих творцов подобного душевного склада. Ч. Дарвин, И. Павлов, Э. Кречмер (по рассказам его сына Вольфганга) буквально мучились с иностранными языками. По причине своих душевных особенностей практически не знали языков и серьезно переживали это В.Г. Белинский, А.П. Чехов, А.А. Тарковский. Сила людей психастенического и психа-

стеноподобного склада в другом — в нередкой у них способности к самоотверженному сочувствию, к углубленным нравственным переживаниям, к непрестанному очищающему самоанализу, к живому неожиданному обобщению при всей внешней вялости мышления, к педагогическим делам. И ничего не остается, как заниматься прежде всего тем, что у тебя получается лучше, чем другое, и лучше, чем у многих других людей, в том числе с легкостью схватывающих языки.

3.18.6. Проблески (1989) [48)]

Многие пациенты, страдающие малопрогредиентной шизофренией с дефензивными расстройствами, и тяжелые психопаты с дефензивностью только через 1,5—2 года индивидуальных бесед и непринужденных (2 раза в месяц) занятий в группе творческого самовыражения способны ощутить целебное творческое переживание. Первые проблески этого сказываются, например, в том, что пациенту вдруг захочется на слайд или рассказ товарища по группе ответить не только словами о своем созвучии или несозвучии с данным творческим произведением, но, главное, ответить своим слайдом, своим рассказом. Или на улице он неожиданно осознает, что видит, воспринимает осину *по-своему*, с собственным, неповторимым чувством (не по-тургеневски, а *по-своему*). Каждый такой проблеск есть одновременно выразительное, хотя и краткое, улучшение, просветление душевного состояния, возбуждающее надежду на выход из тупика. Пациенту следует заранее знать об этом от врача и искушенных уже товарищей по группе.

3.18.7. Любовь и Творчество (1989) [49)]

Любовь следует понимать здесь широко — как доброжелательное, теплое, одухотворенно-заботливое отношение к людям и природе со способностью прощать людские слабости и не прощать безнравственности. Этот душевный, духовный свет (мягкий подъем, светлое мироощущение) неизбежно возникает, когда в целебном творчестве, на базе изучения характеров и других занятий раскрепощается, яснее очерчивается, укрепляется индивидуальность пациента. Человек творит своей индивидуальностью, а яркое ощущение своей индивидуальности есть вдохновение. Любовь и Творчество в этом смысле, как известно, вообще всегда вместе: влюбленный пишет стихи, а поэт постоянно влюблен.

3.18.8. Потерпеть (1989) [50)]

Пациенты с дефензивно-неврозоподобными расстройствами эндогенно-процессуальной природы в процессе Терапии творческим самовыражением поначалу нередко чувствуют себя в группе напряженно, не видят в ней смысла. Следует сердечно и твердо попросить их потерпеть. Нередко только через полгода-год (группа — 2 раза в месяц) после группы, когда спадает напряженность, пациенты начинают с удивлением чувствовать себя необычно просветленными самими собою. Еще через некоторое время у пациента обычно спадает напряженность и в группе, и многие пациенты отмечают: «только в группе и некоторое время после по-настоящему и живу».

3.18.9. Однократное целебно-творческое воздействие (1990) [57)]

Когда по каким-то причинам пациента с тягостным переживанием своей неполноценности, нуждающегося в Терапии творческим самовыражением, невозможно включить в это трудоемкое лечение, то остается дать ему возможность проникнуться воздействием такого рода хотя бы в элементах для возможных самостоятельных занятий в дальнейшем.

Предлагаемый групповой психотерапевтический сеанс (он может применяться и с профилактической целью в случае неболезненных душевных трудностей) продолжается 20–30 минут в уютной обстановке: 8–10 пациентов сидят за столом, на котором горят свечи, стоят живые цветы, и смотрят слайды — репродукции картин художников на экране. Психотерапевт просит каждого отметить, какой художник особенно ему близок, созвучен. Не просто нравится репродукция картины, а это именно мое душевное движение, видение, сам бы так нарисовал, если б мог. Слайды картин идут на экран парами для сравнения: в одной картине явно реалистическое отношение к миру с ощущением первичности материи, а в другом — аутистически-символическое с ощущением изначальности духа. Это — «Обнаженная (Мадемуазель Анна)» Ренуара и «Танец вокруг настурций» Матисса, «Портрет М.А. Оболенского ребенком» Тропинина и «Ваня» Глазунова, «Весна» Саврасова и «Небесный бой» Рериха. Таким образом каждый пациент с помощью психотерапевта хоть чуть-чуть открывает-познает себя и других людей в группе, утверждаясь в том, что все нравственное прекрасно, в том числе и то, что мне не созвучно, но созвучно другому человеку, потому что он сам другой, нежели

я. И это порою уже побуждает разглядывать в тумане душевной напряженности свой собственный целебно-вдохновенный, личностный путь.

3.18.10. О духовной, гуманистической реалистичности Терапии творческим самовыражением (1990) [58)]

Указанный выше метод, точнее — система лечения, психопрофилактики входит в мир гуманистической психологии, психотерапии лишь обращенностью своей к самому человеческому в человеке, стремлением помочь личностно, творчески вырасти-раскрыться, что всегда одновременно и волшебно-целительно. Но коренное отличие состоит в том, что психотерапевт-клиницист, реалист, отправляется здесь не от божественной чистоты в человеке, а от его определенных природных особенностей, лежащих в основе определенных личностных. Именно благодаря этим конкретным природно-личностным, творческим особенностям и происходит вдохновенно-целительная встреча-созвучие с близкими по духу и через них с самим собою (например, в общении с картинами давно живших художников).

3.18.11. Кошка и собака (1990) [59)]

Отстраненность кошки от людей (нередко элегантно-готическая), ее мягкая философическая иероглифичность (при всей внешней ласковости), холодноватая независимость, даже когда просит поесть (отчетливо сказывающаяся в сравнении с преданной человеку собакой) — все это вызывает духовную тягу к кошке у многих людей аутистического склада. Они-то и обращают особое внимание на эти созвучные им свойства кошки, помогающие им лучше почувствовать, понять себя в божественной мировой гармонии, — будь то типичный древний египтянин, считавший кошку самым священным животным, Бодлер («Кошки») или сегодняшний, уставший от полнокровной обыденности аутистический пациент.

3.18.12. Примитивистское течение (1990) [61)]

Об изображении переживаний, мира в духе примитивизма (т. е. с наивной безыскусственностью первобытного человека, малограмотного жителя глухой деревни, ребенка) важно поговорить с дефензивными пациентами, побуждая их к творчеству, поскольку примитивистское творчество не требует умения, специальных занятий, а только — духовной

индивидуальности, неразделимой с дефензивным страданием. При этом важно показать в слайдах на экране, что примитивистское изображение может быть (сообразно особенностям личности) и полнокровно-синтонным (напр., В. Попков), и философически-аутистическим (напр., Н. Пиросманишвили). И спросить — что кому ближе, созвучнее, в каком духе хотелось бы попробовать рисовать.

3.18.13. «Свой “аршин”» (1990) [62)]

Эта конкретная методика, входящая в Терапию творческим самовыражением, помогает дефензивному пациенту понять, уяснить себя (через созвучное в искусстве или чуждое — через свою противоположность). При этом чем глубже, значительнее художник (созвучный или «чужой»), тем отчетливее проясняется у пациента чувство самособойности. Одна молодая женщина с деперсонализационными расстройствами объяснила это так: «Похожу по Арбату среди уличных художников с их безликими картинами — и тяжко, не могу почувствовать себя самой собой, а на выставке Пикассо взволнованно-радостно ощутила свой “аршин”, пусть не такой космический, как у него с его иксами и игреками, но свой, которым можно оперировать, строя свой мир».

3.18.14. О занятиях иностранным языком в рамках Терапии творческим самовыражением (1990) [63)]

Это есть лишь «крошка» в калейдоскопе целебного творчества, помогающего ощутить себя самим собой на своей жизненной дороге. Цель здесь не в том, чтобы выучить язык. Главное — запомнив несколько десятков слов, выражений какого-либо языка, почитав на этом языке самый простой текст в учебнике для младших классов, познакомившись с элементами истории, географии, психологии данного народа, — постараться почувствовать, сколько возможно, дух языка, народа, дабы через это интересное, важное, но несвое, отчетливее, глубже открылись свой язык, свои слова, национальные особенности и живее, самобытно-слаженнее, «заработали» дух и тело.

3.18.15. Солнце, деревья и травы за окном психотерапевтической гостиной (1990) [64)]

Это крошечный конкретный момент терапии творческим общением с природой в рамках Терапии творческим самовыражением. Обращаем внимание пациентов на солнце, де-

ревья, травы за окном. Какое отношение имеет все это к нашему организму, к нашему духу? Каждый высказывается свободно, по-своему. Психотерапевту следует здесь прочувствованно напомнить научную правду жизни: деревья и травы питаются не из земли, они только пьют из земли воду; тела растений построены, сотворены из органических веществ — углеродистых соединений. Углерод же усваивается из воздуха благодаря хлорофиллу растения и солнечному лучу, во взаимодействии своем расщепляющим углекислоту на углерод и кислород. Выходит, мы сами, как и растения, животные (без которых мы не способны жить) — есть «дети солнца», как отметил в «Жизни растения» К.А. Тимирязев. Так будем хотя бы время от времени с благодарностью и по-своему (сообразно своему душевному складу) ощущать в себе Солнце, глубинное родство с Природой-матерью.

3.18.16. О двадцатиминутной попытке помочь человеку целебно общаться с природой (1991) [66)]

Человек не может быть здоровым вдалеке от живой природы. И многим мало воспринимать природу лишь физиотерапевтически.

Предлагаю пригласить в кабинет 6—8 пациентов или здоровых людей с душевными трудностями в виде переживания своей неполноценности. Вместе с психотерапевтом все садятся за стол, а на столе ваза с теми растениями, мимо которых постоянно ходим, — двудомная и глухая крапива, сныть, дудник, одуванчик и т. д. Называем каждое растение, говорим немного о том, где и как оно живет, предлагаем, быть может, впервые, горожанам, спешащим в своей суете-напряженности, рассмотреть внимательно, не спеша, каждый цветок и листик — до прожилки, тычинки, удивляясь великой Гармонии. Важно теперь выяснить, насколько близко, созвучно мне это живое существо — в сравнении с безразличными или неприятными мне растениями. При этом психотерапевт сам одухотворенно общается с растениями, обнаруживая индивидуальный духовный опыт общения с природой и оживляя так творческую индивидуальность каждого. Проснувшееся светлое переживание своей душевной, духовной особенности смягчает напряженность-неопределенность. Стоит отметить здесь психотерапевту, между прочим, для усиления родственного отношения к растениям единые черты всего живого: питание, потомство, своего рода кожа для защиты того, что под ней, и т. д.

3.18.17. О характерологическом рисунке Природы (1991) [67)]

Рассматривая с дефензивными пациентами в группе творческого самовыражения художественные слайды пейзажей, убеждаемся в том, что многим психастеникам, шизоидам созвучнее виды природы, своим «рисунком» (суровым, застенчивым, экзотическим и т. д.) отвечающие конституциональному душевному складу, — независимо от того, вырос пациент среди этой природы (в лесистых местах, в степи, субропиках и т. д.) или нет. Так, психастенический Чехов, выросший в южном Таганроге, скучал в Крыму по грибам средней полосы. Для некоторых же дефензивно-шизофренических пациентов важны не полнокровно-конкретные пейзажи, а какие-то особые, абстрактно-универсальные их «характеристики» (таинственность сочетания красок, символика и т. д.), которые встречаются и в пустыне, и в тайге.

3.18.18. Тема человеческого бессмертия в Терапии творческим самовыражением (1991) [68)]

Об этом поневоле приходится говорить в наших «дефензивных» группах. Тревожно-ипохондрические, боящиеся смерти пациенты должны осознать, прочувствовать каждый свое, целебно-личностное отношение к этой вечной теме. Аутистические, истинно религиозные люди, понятно, более защищены от страха смерти. Чувствуя природой своего существа изначальность духа по отношению к телу, чувствуя свои переживания поселившимися в теле как временном пристанище, они веруют в бессмертие души — частицы бессмертного Бога, Вечного Разума. Люди реалистически-эмоциональные обретают нередко синтонно-полнокровную, детски-сказочную веру гоголевской Ганны, для которой звезды в небе — «это ангелы божии поотворяли окошечки своих светлых домиков».

Реалистически-рассудочные дефензивные люди, чувствующие изначальность, первичность материи, тела по отношению к духу, не способны веровать в бессмертие души. Они подспудно чувствуют известную предопределенность особенностей своей души особенностями тела, которое для них уже не есть просто «коробка для души». Тело и дух едины, и тело светится духом. Они не способны представить свою душу черточкой, искрой единственной в мире Личности — Божественной, не способны понять свою духовную индивидуальность в отрыве от природной, телесной, и по-

тому душа без тела — медузно-аморфная, «безработная» — им не интересна. И от этого нередко одиноко и страшно. Но почему эти люди, когда больны или близки к смерти своей старостью, тянутся к природе, детям? Потому что чувствуют здесь свое продолжение. И мы помогаем им продумать-прочувствовать это. Я — часть Природы и войду своим умершим телом в Природу, останусь в детях, даже если это не мои дети, это дети Человечества, то есть все равно мои родственники. Было бы невыносимо ужасно умирать, зная, что вместе с тобой исчезнет все живое. Хотя, конечно, химическими элементами своими остаемся навсегда в неживой природе (в камнях, огне, воде), но хочется еще пожить после смерти в живом. Тогда чувствуешь себя упавшим с дерева листом, а дерево продолжает жить — и в нем живут все опавшие во все годы листья, их живые следы. И если вдобавок к этому как-то останусь в людях хоть крупицами своей духовной жизни (кого-то воспитал, кто-то когда-то будет читать то, что я написал, например, в письме, и т. д.), — то еще легче умирать.

3.18.19. Материалист или идеалист? (1994) [76)]

В процессе Терапии творческим самовыражением пациенты с тревожными и депрессивными расстройствами исследуют с помощью психотерапевта свой характерологический склад, радикал (это может быть смешение радикалов — например, при эндогенно-процессуальной патологии), предрасполагающий к материалистическому или идеалистическому мироощущению. Таким образом пациент укрепляется в материалистической или идеалистической определенности своих взглядов — и смягчается душевная напряженность, яснее становится *свой*, творческий путь, *смысл*, приходит целебное вдохновение. Часто прошу пациентов в группе сосредоточиться и ответить на вопрос: чувствую движение духа в себе как изначальное или как порождение своего тела, мозга. То есть чувствую себя ***источником*** своего духа или ***приемником*** (сосудом), воспринимающим Духовную программу, Принцип, Бога, Красоту, Гармонию, Любовь, Вечный Разум? Пациенты материалистического склада при этом обычно не сомневаются в том, что их тело (частица саморазвивающейся Природы) — источник их духа, так же как не сомневаются в том, что им созвучно, как именно *свое*, реалистическое искусство. Пациенты идеалистического склада либо не сомневаются в обратном, либо поначалу теряются в сомнениях или даже утверждают, что тело (материя) первично по

отношению к духу (меня-де так учили). Вот тут нередко существенно помогает вопрос психотерапевта: «А как чувствуете-думаете, существовала ли красота, гармония до возникновения Человечества и останется ли после Человечества? Пациенты эти, сомневающиеся в идеалистичности своего мироощущения или даже считающие себя материалистами, отвечают, что да, Красота, Гармония вечны, они есть и в Природе без человека. Пациенты-материалисты возражают на это: это-де только человек видит в Природе то или иное прекрасное, сообразно своим личностным особенностям, а само по себе прекрасное (красота, гармония) не существует. Здесь-то и можно психотерапевту подчеркнуть пациентам, что чувство существующей самой по себе Красоты, Гармонии — это и есть чувство изначально и вечно существующего Духа, правящего миром, и в том смысле, что «Красота спасет мир». Божественная, космическая Красота как Нерушимое запечатлена, например, в картинах Николая Рериха. Изначально и вечно существующая сила Любви пронизывает и пришвинскую природу. Эта волшебная сила поможет (как чувствуется заранее) мальчику Митраше («Кладовая солнца») выбраться из клюквенного болота, в которое его засасывает. Оттого у Пришвина и нет земного страха-тревоги за мальчика, который, кажется, вот-вот погибнет. Автор подробно любуется в это время и кустом можжевельника, и вечерним солнцем, выбросившим из «толстого облака» на землю «золотые ножки своего трона».

3.18.20. О психотерапевтической технике и психотерапевтическом личностном переживании (1994) [81)]

Во многих случаях, в работе с несложными переживаниями, для реальной помощи довольно психотерапевтической «техники» (внушение, гипноз, психическая саморегуляция, поведенческие приемы и т. п.). Но в случае сложных переживаний необходимо и сложное целебное воздействие духовной культурой. Это выдвигает на первый план не навык, а личностное переживание психотерапевта. Психотерапевт в таком случае, в сущности, становится на один уровень с писателем, художником, священником, и здесь гаснет значение его ученых степеней и званий, остается личность, личностное мироощущение, в духе которого психотерапевт пытается воспитывать своего пациента.

3.18.21. К терапии шизоидных страхов (1994) [80)]

Утонченные шизоиды с навязчивыми страхами плохо воспринимают внушение психотерапевта. Составленные вместе с пациентом лечебные формулы самовнушения также часто не действуют основательно. Обычная причина этого — невольное «капризное» сопротивление аутиста «покушению» на его духовную индивидуальность. Для успеха дела формулы самовнушения должны быть тут составлены как бы только самим пациентом (при легких побуждающих к этому советах психотерапевта), — составлены так, чтобы в них отчетливо звучала личностная особенность шизоида. Особенно сильно эти формулы (уговоры, ободрения) действуют при прослушивании их через наушники из магнитофона: нередко создается при этом у пациента впечатление своего собственного убедительного внутреннего размышления.

3.18.22. О растерянности дефензивов перед бездной несделанного (1996) [90)]

Человек с болезненным переживанием своей неполноценности нередко тревожно-панически теряется в душе от того, что так много еще не успел прочесть книг, так мало прослушал музыкальных произведений, многого не научился еще делать. Дабы смягчить эту тревогу-панику, важно реалистически опереться на продуманную убежденность в том, что знать все невозможно и даже недостойно человека, поскольку он — не безличностная машина. Пациенту важно научиться достаточно быстро выбирать из книг, картин, из всего моря жизни (для высвечивания, укрепления, обогащения своей личности, своей общественно-полезной жизненной дороги) в основном свое, то есть созвучное своему мироощущению, тесно связанному с личностными особенностями. Этого, по-настоящему созвучного и особенно серьезно помогающего быть самим собою, не так уж и много.

3.18.23. Заметка к занятиям с больными алкоголизмом (1996) [91)]

Сообщения в клубе трезвости об алкогольных страданиях некоторых известных дефензивных (испытывающих чувство неполноценности) художников (например, Саврасова, Мусоргского), случается, воодушевляют иных алкоголиков на выпивку («уж если они этим грешили, то мне сам Бог велел»). Но у многих дефензивных алкоголиков, напротив,

обычно крепнет на таких занятиях желание жить совершенно трезво, прежде всего, из искренней благодарности психотерапевту. Ведь психотерапевт с глубоким сочувствием относится к спившимся талантам, подчеркивает их общие дефензивные свойства с пациентами и этим самым как бы ставит их (пусть только характерологически) на один, человеческий уровень.

3.18.24. О существе синтонно-реалистического (сангвинического) характерологического радикала (1996) [92)]

Дефензивным пациентам (в группах творческого самовыражения) для углубленного понимания людей, себя, человеческих ценностей и недостатков следует осознать-прочувствовать суть синтонности. Синтонный (естественный, сангвинический) человек, — объясняю обычно пациентам, — живет прежде всего земными, естественными чувственными переживаниями. Естественная, натуральная (синтонная) чувственность, связывающая в единую уютную слаженность движения души и тела, часто бурно-красочная, отличается от авторитарной чувственности отсутствием агрессивной напряженности, а от демонстративной (истерической) — отсутствием истинной позы, которая всегда холодновата. Естественность всегда реалистически, по-земному тепла. Это тепло порождается слиянием солнечной радости и тревожной печали (кречмеровская диатетическая пропорция). И это видится-чувствуется, например, в картинах разнообразных синтонных художников (Кипренский, Тропинин, Буше, Ренуар), в творчестве синтонных поэтов (Бернс, Беранже, Пушкин), композиторов (Моцарт, Россини, Штраус). Синтонный человек может быть юмористическим, хмурым, печальным, тоскливым, лукавым, может быть заботливым врачом, бесценным администратором, искренним революционером-борцом за народное благо, писателем земных переживаний, чувственным прожигателем жизни, но он всегда реалистичен, полнокровен, практически-энергичен в своих делах и мыслях. Особенно в случаях сильного горения этой естественной чувственности он может терять голову в любовных и гурманистических увлечениях, но он и тут всегда, как правило, искренен. В этом смысле, помнится, сказал мне один синтонный человек, что в жизни своей был близок с двумястами четырнадцатью женщинами, но ведь каждую искренне любил. Синтонный человек не то чтобы просто истерически вытесняет из сознания неугодное его чувству, а скорее, не может устоять перед

яркой силой своих ощущений, перед своею высокой чувствительностью. В то же время он может быть глубоко и надолго привязан-предан тому человеку, который даже одним существованием своим рядом с ним психотерапевтически смягчает его разнообразные тягостные переживания (тревогу, ипохондрии, страхи за близких, подозрительность в том, что худо к нему относятся, ревность и т. д.).

Своеобразная, даже порою симпатичная своею милой естественностью, грубоватым юмором безнравственность сангвиника (может синтонно украсть, синтонно намекнуть на взятку, синтонно «облапошить» и т. д.), конечно же, все равно есть безнравственность. Но в жизни (рядом с сангвиником) важно научиться чувствовать для себя: что́ здесь простительная слабость, а что́ уже трудно простить. И всегда следует помнить, что та же жажда к естественным чувственным переживаниям у других сангвиников или у этих же самых лежит в основе и высокой теплой (без тени брезгливости, рассудочности) практической, земной заботы о человеке, особенно в беде (например, няня, сестра в больнице), в основе искрометно-освежающего или просветляющего доброй печалью синтонного творчества.

3.18.25. О существе психастенического (реалистически-деперсонализационного) характерологического радикала (1996) [93)]

В группах творческого самовыражения вместе с пациентами стараемся проникнуть в самую сердцевину психастенического. Вспоминаем поначалу о павловской вяловато-бледной чувственности психастеника, связанной с природной «жухлостью» его «подкорки», «животной половины». Чувственно вялый, рассеянный, он не способен интуитивно-отчетливо чувствовать людей, отношения между людьми, отношение людей к нему. Он вообще непрактичен в широком смысле, мало способен к пряно-чувственным радостям жизни. Поскольку психастеник одновременно и робок, тревожен, раним, совестлив, боится смерти, он склонен к углубленным нравственно-этическим переживаниям. Его природная недостаточность чувственности компенсируется и гиперкомпенсируется тревожно-сомневающимся размышлением-анализом происходящего с ним и вокруг, дабы как-то все же, хоть с помощью рассудочности, приспособиться к жизни. Размышляющая реалистическая тревожность, пронизывающая чувственную вяловатость-блеклость, обнаруживается характерологической деперсонализационно-тревожной неуверенностью в своих чувствах к людям и событиям, нере-

шительностью в делах, при том что голова вроде бы ясно все понимает. Эта неуверенность в своих чувствах, переходящая нередко в деперсонализационное онемение души (в минуты радостного события, в разговоре с неблизкими людьми, на похоронах близкого человека), вызывающая чувство вины, — по временам, когда психастеник способен спокойно думать, чувствовать наедине с собою, ослабевает, уходит, и он теперь глубже понимает-чувствует себя, свое отношение к людям, происходящему, свою способность к глубокой, внутренней любви, душевной привязанности, и может это ясно выразить, например, в письме, в рассказе. Таким образом, психастеническая эмоциональность — не чувственная, не пылкая, а задушевно-размышляющая, способная сопереживать и с аутистом, и с циклоидом, деликатно-скромная своими пастельными, чеховскими красками. Порою, однако, психастеник (чаще неосознанно) уходит в яркие тревожные краски, чтобы раскрасить-воспалить свою блеклую чувственность, как это делал психастенический импрессионист Клод Моне.

Указанная психастеническая особенность в своей болезненной выраженности, понятно, трудна в жизни: плохо чувствует психастеник, чего от него хотят люди, переживает, что холоден к близким, что непрактичен-недеятелен, несмел в своей нерешительности, не способен страдать, когда это уместно. Но эта же особенность побуждает в процессе жизненного приспособления к подробным обостренно-нравственным, реалистически-психологическим размышлениям-поискам с гамлетовской способностью нередко видеть-чувствовать то, что малодоступно уверенным в себе и практичным, сразу все замечающим и понимающим людям.

3.18.26. О существе аутистического характерологического радикала (1995) [87)]

В отличие от разнообразных идеалистически-одухотворенных методов психологической, психодинамической терапии творчествам, экзистенциально-гуманистической терапии личностным ростом, самоактуализацией (Э. Фромм, А. Маслоу, Я. Морено, К. Роджерс, Р. Ассаджиоли, Ф. Перлз, В. Франкл, Г. Аммон, Э. Францке, И. Цверлинг, В. Кречмер, Г. Гибсон, Э. Биньек) Терапия творческим самовыражением применяется клинически-дифференцированно и лечебно обучает самих пациентов элементам клиники, характерологическим радикалам и даже некоторым психотерапевтическим тонкостям, дабы пациенты могли осознанно опереться на свои природные творческие силы-особенно-

сти — психастенические, аутистические и т. д. Например, в наших уютно-камерных группах аутистические пациенты творчески общаются с произведениями искусства, изучая, как именно выражают себя, в том числе, аутистические художники. Для этого важно яснее представлять себе аутистическое в сравнении с другими характерологическими радикалами.

Как рассказываю пациентам о существе аутистического? Разрешаю себе толковать аутистическое гораздо уже и в несколько ином преломлении, нежели Эуген Блейлер (1927). Не просто как стремление спрятаться от внешнего мира во внутренний, например, с помощью галлюцинаций, бреда, нелогично-аффективного мышления, а как *природную склонность* (проступающую нередко лишь с годами) *чувствовать движение своей души более или менее самостоятельным от тела, то есть независимым от тела своим происхождением*. Чувствовать душу свою «самособойной» (аутистической) частицей изначального вечного Духа, правящего миром,чувствовать себя, больше или меньше, во власти Духа. Различными словами обозначается Дух: Бог, Истина, Гармония, Красота, Смысл, Творчество, Вечный Разум, Личность, Цель, Абсолютный Принцип, Нерушимое. Аутист, обычно чувствующий Дух как подлинную реальность, изображает эту реальность как что-то свободное от земного, телесного естества, — сновидными образами (Боттичелли, Вермер, Борисов-Мусатов, Шагал) или откровенными символами-иероглифами, сообщающими нечто из мира Вечного Духа (Кандинский, Модильяни, Петров-Водкин, Матисс). Это торжественно-символически-интеллектуальная божественная стройность музыкальных звучаний Баха, Бетховена или сновидное иероглифическое кружево Вивальди, Шопена, Чайковского, Рахманинова, но только не земная естественность-душевность Моцарта, Штрауса, Мусоргского, Бородина. Это могут быть научные цепи математических или психологических символов (теоретические науки). Во всяком случае, аутистическое творчество всегда как-то обнаруживает ощущение изначальности Духа. «Парадоксальное» переплетение обостренной чувствительности (сенситивности) с эмоциональной холодноватостью в душе аутиста (психэстетическая пропорция Э. Кречмера) довольно понятно теперь. Аутист может быть сверхчувствителен, божественно-нежен к тому, в чем явственно является ему подлинная его реальность — Дух (наполненные Красотой крыло бабочки, конструкция самолета, архитектурный готический ансамбль, математическая формула, «иероглифическая» собака-такса, иконописное лицо

человека и т. п.), и холодноват (даже дисфорически сердит) к близкому родственнику, поскольку в его земных, несимволических формах менее (как аутисту видится) проглядывает Дух. Аутистический патологоанатом, случается, рассматривая в микроскоп препарат аденокарциномы матки, восклицает: «Какая красавица!» — не переживая при этом с земной тревогой за эту знакомую ему больную женщину, потому что Красота вечна, она и есть настоящее, а все остальное — преходящий сон.

Посему трудно нередко даже самым нежным аутистам почувствовать, понять реалистически теплых людей и согреть их в тяжелую минуту. Но трудно им понять-принять и многих собратьев-аутистов с иной, не созвучной им аутистической особенностью, как, бывает, иудаист не принимает христианина, и наоборот. Отсюда — напряженно-неловкое общение многих аутистов даже с близкими людьми, невидимо-стеклянная малодоступность при возможной внешней ловкости-общительности, обостренное неприятие малейшей авторитарности, жесткая требовательность к людям в рамках своей аутистической системы-иероглифа, служебные и семейные конфликты, практическая неспособность делать работу, не созвучную душе, не развивающую целебно душу. Но благодаря этой же своей сути, многие аутисты способны жертвовать собою во имя Добра и Красоты, прекрасно-бескомпромиссны, никого не боятся, кроме Бога-Совести в себе. Впрочем, вопрос аутистической совести-нравственности нередко весьма сложен для реалистов в наших группах творческого самовыражения. Так, аутистический старый горбатый карлик-медовар из английской баллады «Вересковый мед» (Р. Стивенсон) просит врагов бросить в пропасть сына, чтобы затем вздохнуть облегченно: мальчик уже не выдаст врагам «святую тайну» приготовления меда, она умрет вместе с карликом. Как тут быть с общечеловеческим пониманием нравственности (поступающий безнравственно не хотел бы, чтобы с ним поступили так же)? Старик-то скорее всего убежден, что на месте мальчика хотел бы, чтобы с ним поступили так же во имя «святой тайны», которая для него есть проявление Духа.

В творческом самовыражении аутисту надобно изучить-прочувствовать свою творческую личностную особенность, то есть свой смысл-путь и свои тропинки к другим людям, людям, которых, быть может, теперь возможно понять и душевно принять.

Таким образом, благодарно опираясь на работы Э. Кречмера и П.Б. Ганнушкина, однако, отмечу, что самое существо аутистического (шизоидного) радикала состоит не в чем-

то таком, что объединяет шизоида и больного шизофренией (есть, кстати, немало шизофренических пациентов без заметной аутистичности и даже с «матерой» гиперреалистичностью), — а именно *в природной склонности к аутистически-идеалистическому мироощущению* с осознанной или неосознанной убежденностью в изначальности не саморазвивающейся Материи, а именно Духа, который как-то «слышит» каждого из нас и каждым руководит.

3.18.27. Заметки к Терапии творческим самовыражением аутистических пациентов (1996) [94)]

1. Клинико-психотерапевтически исследуя вместе с пациентами особенности их аутистичности, иногда сталкиваемся с тем, что для них дух, разум, ощущаемый ими как первичное по отношению к материи, — сам тоже материален, даже наследственно-материален, и дает программу мозгу как вычислительной машине. При этом этот «материальный дух» вечен, существует независимо от нас и наши мысли после нашей смерти «вплетаются» в единую мировую мысль, как думал об этом и Циолковский (по воспоминаниям Чижевского). Тут важно помочь понять-прочувствовать пациенту его такого рода механический материализм, «механическую аутистичность», чтобы глубже общественно-полезно это применить (например, в научно-экспериментальной работе).

2. Все здесь не так уж просто. Психастенику, например, поначалу нередко неприятно и, значит, «не созвучно» свое (психастеническое) в творчестве и жизни Чехова, потому что презирает в себе это «слабое». А дефензивному аутисту нередко неприятны символически-философические картины Матисса и Модильяни, потому что голова и так напряжена профессиональным (например, конструкторским) аналитическим раздумьем, которое усиливается картинами такого рода. Ему же хочется отдохнуть от аутистической, конструкторской работы с синтонно-теплым творчеством Тропинина и Ренуара.

3.18.28. Чтобы собрать свое «Я» (1997) [104)]

При тягостной депрессивной разлаженности, неопределенности пациенту, понятно, следует всячески пытаться целебно «собрать», высветить, подчеркнуть свое «Я». Иногда помогает сделать это чтение про себя или вслух в тишине — своего собственного творческого текста, в котором и сосре-

доточено свое «Я» (черновик письма кому-то, рассказ, очерк и т. д.), рассматривание своих рисунков и творческих слайдов. Когда же трудно или даже неприятно бывает читать себя, может помочь слушание своего рассказа, очерка из уст товарища или такого рода магнитофонная запись.

3.18.29. К беседе о Природе (1997) [100)]

Мы вышли из Природы и связаны с Природой даже самым тонким, нежным движением своей души — в том смысле, что оно имеет под собой биологическую, телесную основу. Но как именно происходит этот волшебный переход душевного целительного движения в телесное целительное — это, видимо, такая же вечная тайна, как и вообще Тайна соединения, встречи тела с духом, Тайна происхождения Духа. Я не религиозный человек, по природе своей — материалист-клиницист и чувствую себя «песчинкой» саморазвивающейся Природы-стихии, источником собственного духа, не существующего без моего тела. Священник же, например, чувствует себя, свое тело как приемник всезнающего, провидящего Божественного духа, т. е. для него тело — сосуд, временное пристанище для духа, своеобразный «телевизор» (как говорят сейчас на Западе), который ловит Духовную программу. Человек, по природе своей склонный к религиозной вере, часто уже в детстве в прекрасных растениях и животных вокруг чувствует-видит Бога-творца. Так, священник и ученый Павел Флоренский еще ребенком чувствовал по временам, как «сокровенная сущность», Бог, с любовью, то нежно, то лукаво-весело, смотрит на него глаз в глаз из скромной фиалки, из зеленого лягушонка (*Флоренский Павел*, священник. Детям моим. Воспоминания прошлых дней (...). М.: Моск. Рабочий, 1992, с. 88). И доказать, кто тут прав, кто не прав (материалист или идеалист) — невозможно, так как убеждение каждого из нас выходит прежде всего из нашего особенного природного чувства-ощущения. Своими разными духовно-нравственными мироощущениями мы дополняем друг друга, и мир в целом видится Человечеством богаче, сложнее, полнее, точнее, добрее.

3.18.30. К особенностям переживания природы психастеником (1998) [110)]

Психастеник и в общении с природой пытается выбраться к спокойно-отчетливому себе самому из своей тревожной деперсонализационной «мороси». Ему видится в природе

что-то ему созвучное, человеческое, нередко грустное, застенчивое. Как Клоду Моне в его «Стоге сена», или как у Чехова в «Степи»: «будто степь сознает, что она одинока, что богатство ее и вдохновение гибнут даром для мира, никем не воспетые и никому не нужные». Может быть, все учение психастенического Дарвина есть поиск этого своего, человеческого, в природе.

3.18.31. Клубная реабилитация душевнобольных и Терапия творческим самовыражением (1998) [111)]

Приходится встречаться с суховатой строгостью работников клубных домов — стремлением лишь когнитивно-поведенчески учить инвалидов варить кашу и ходить в магазин за овощами. Но ведь можно одухотворенно-творчески «выразить себя в каше» и прогулку в магазин превратить в маленькое творческое путешествие с сумкой к соседнему дому с поиском необычного в обычном. Многие душевнобольные инвалиды, убежден, духовно богаче многих душевно здоровых людей, болезнь не позволяет им быть посредственностями, и они тянутся именно к такой одухотворенной, личностной реабилитации, чувствуя себя в ней более людьми благодаря ожившей душе.

3.19. О повседневно-элементарной терапии творческим общением с природой (1997) [102)]

Нередко пациенты с хроническими депрессивными расстройствами, с переживанием своей неполноценности, аморфности своего «Я» не могут по каким-то причинам пройти даже краткосрочный курс Терапии творческим самовыражением. Тогда возможно попытаться хотя бы простейшими способами, например, творческого общения с природой, побуждать их учиться смягчать свою депрессивность-напряженность. Рассказываю-поясняю пациентам в таких случаях следующее.

Что значит творчески общаться с природой? Творчество — выполнение какого-то дела по-своему, в согласии с особенностями своей неповторимой души. Все, что сотворено душой, является в мир впервые: будь то написанное с душой письмо, какой-то рисунок или наше особенное чувство, переживание в общении с людьми, искусством, природой. Творчество есть, таким образом, встреча с собою, чувство себя. Тоска, страх, тревога — это расстройство, разлаженность души, часто с переживанием душевной аморф-

ности, неопределенности. Творящий человек все более чувствует себя собою, и это теснит душевную тягостную неопределенность-кашу, поднимает в творческом вдохновении. Можно творчески общаться с повестью писателя, т. е. искать там себя, свое и радоваться этой встрече, и можно искать себя, созвучное себе в природе: например, в березе, калине или в перламутровой стрекозе над лесной лужей. И тут созвучно каждому свое. Надо свободно почувствовать свое, не слушая никаких советов, наставлений. Свое — это когда тебе хорошо с этим. Встреча с собою в природе целительна для напряженного человека. Телесная основа этой душевной помощи — раскрепощение наших природных защитных сил, отворение внутренних аптек. Вот подходишь к розовым соснам, к кустам бузины с красными ягодами или осматриваешься в поле с клевером, ежой, разноцветными бабочками. Или в городском дворе нагибаешься над весенним ручейком, а рядом с ним среди грязноватого, талого снега желтеет цветок мать-и-мачехи, даже два цветка, один полураспустился. Надо теперь попробовать взять все это в душу, чтобы почувствовать, что же тут мое, что созвучно мне, с чем рядом хорошо, свободно, легко. И в это созвучное, родное, осветляющее душу, поднимающее в ней сокровенное, и надо глубже всматриваться-проникать, тихо размышляя. Например: ижа мне по душе, а тимофеевка не так созвучна, не так близка. Но иван-чай с этим лиловым хохолком — самый мой цветок, потому что с ним так хорошо, светло... Какая в нем красота для меня. А тимофеевка хоть и все-таки чужая мне, а все равно ей благодарен, потому что в сравнении с ней ярче вижу свое, родное.

Для того чтобы вот так, творчески общаться с природой, светлея душой, можно и не выходить на улицу, а подойти к домашним цветам в горшках на подоконнике и тоже попробовать взять их в душу: например, бегония мне близка своим прохладным, «капустным» полнокровием, а герань суховата, это не мой цветок. Так в выяснении, в высвечивании своего в сравнении с другим и становишься все более собою, вдохновенным собою. Для иных гораздо целебнее, в соответствии с их душевным складом, особенностями депрессии, общение с жуками или черепахами, змеями, нежели с преданной собакой, уютной кошкой. Кому-то лучше, например, с чертополохом, нежели с рябиной. Одному по душе аквариумные рыбки, другому — речные рыбы. Все это становится еще яснее, когда почитаешь, как по-разному стихийно лечились общением с природой такие по-разному страдающие люди, как, например, Жан-Жак Руссо («Прогулки одинокого мечтателя») и Михаил Михайлович Пришвин («Кащеева цепь»).

3.20. О реалистическом психотерапевтическом театре — РПТТ (1995–1997)

3.20.1. Его основные черты (1995) [83)]

1. Это не психодрама, а особая группа (труппа) творческого самовыражения (лечения исполнительским творчеством) для дефензивных пациентов. Это художественная частица клинической медицины, а не психологии, не искусства. Пациенты, как правило, занимаются одновременно и в обычных группах творческого самовыражения в рамках клинического метода Терапия творческим самовыражением (ТТС). То есть, и психотерапевтический театр помогает здесь пациентам целебно сделаться немного психиатрами-психотерапевтами для себя и других.

2. Уникальность такого театра сказывается в том, что исполняются со сцены для зрительного зала только творческие произведения пациентов и психотерапевтов (пьесы, рассказы и стихи в концертах, творческие слайды и другое). Лишь музыка, танцы, некоторые слайды картин художников, слайды-портреты могут иногда прийти к нам на сцену со стороны.

3. При всем том, что пациенты-актеры охвачены на сцене благотворным, продуманным и организованным клиницистами психотерапевтическим процессом, они должны сознавать, что главная задача театра — психотерапевтически, психопрофилактически воздействовать на зрителей (больных зрителей в медицинском учреждении и здоровых зрителей, например, в школе, в клубе, а среди здоровых всегда найдутся и люди с душевными трудностями). Таким образом, речь идет о специальных психотерапевтических, психопрофилактических (и для зрителей!) спектаклях и концертах. Это важно и для того, чтобы пациенты, испытывая целебно-праздничную радость выступления перед зрителями, не тяготились предположениями о том, что из зала смотрят на них как на подопытных кроликов, которые лечатся репетициями и выступлениями. Недурно это положение подтвердить присутствием в спектакле, в концерте нескольких здоровых актеров-любителей и даже профессиональных актеров. Итак, наши пациенты-актеры есть психотерапевты, они лечат зал. А психотерапевтическая ценность исполнительского творчества для них самих — это уже второе дело, оно зала не касается. В конце концов, всякий истинный артист в высоком смысле лечится своим творчеством и поистине талантливый психотерапевт, помогая одухотворенно-психотерапевтически другим, — тем самым помогает и себе.

3.20.2. «Это же про меня!» (1996) [89)]

Реалистический психотерапевтический театр — это особая целебная группа в рамках Терапии творческим самовыражением, сообщество из 10−15 человек, прежде всего для одиноких пациентов с тягостным переживанием своей неполноценности эндогенно-процессуальной природы. Это художественная частица клинической медицины, но не искусства, не психологии. Хронические субдепрессивные расстройства, боль своей заброшенности и никчемности среди людей, с одновременной осознанной неприязнью к анестезирующе-манекенизирующему действию достаточно больших доз психотропных препаратов, объединяет пациентов — актеров этого театра. Они сдруживаются в искренней реалистической игре по Станиславскому, изучая теперь уже и в исполнительском творчестве характеры и душевные расстройства. Они могут поначалу хотя бы здесь тепло прикоснуться друг к другу, сказать взволнованные слова нежности и даже обнять, поцеловать по роли. Конечно же, возникают тут и свои конфликты, ревность, но все это возможно мягко-лечебно уладить. Еженедельная репетиция в уютной обстановке продолжается 2 часа. Раз в месяц — выступление-праздник перед аудиторией. Психотерапевтические пьесы, рассказы, стихи, слайды для психотерапевтического концерта — все это особым целебно-художественным образом написано психотерапевтами и пациентами для себя и для зрителей. Например, когда какое-то важное проникновенное психотерапевтическое положение-переживание поселяется в душе пациентов-актеров как монолог или диалог, это обычно помогает несравненно глубже, нежели просто психотерапевтическая беседа. Как бы изнутри целебного переживания пьесы, рассказа, стихотворения, музыкальной мелодии пациенты учатся жить увереннее в своей субдепрессивности, находить тропинки своего светлого предназначения в жизни. Самыми благодарными зрителями оказались пациенты психиатрических больниц и психоневрологических интернатов. Здесь ощутимо-выразительно способен осуществиться серьезный психотерапевтический «механизм» «лечусь леча» (Бурно М., 1992): «когда тебе плохо, помоги тому, кому еще хуже, и тебе станет легче». В зрительном зале психоневрологического интерната некоторые несчастные одинокие душевнобольные, услышав, почувствовав из пьесы, слайдов, рассказов, музыки, что творчество, общение с природой, сказочное погружение в свое прошлое, действительно, могут помогать сильнее и чище, нежели пригоршни лекарств, пробуждались из лекарственной своей приглушенности-вялости, восклицая: «Это же про меня!»

3.20.3. Сообщество-пристанище (1997) [101)]

Основу РПТТ составляет существо всего сложного метода ТТС: лечебное преподавание элементов клинической психиатрии, психотерапии, естествознания в задушевно-красочном процессе разнообразного вдохновенного творчества пациентов с поиском своего пути, смысла и стремлением тепло помочь друг другу. Однако в театре с играющими пациентами мы, понятно, сосредоточиваемся на лечебно-исполнительском творчестве. РПТТ (как и ТТС в целом) показан пациентам с достаточно тяжелыми хроническими тревожно-депрессивными, дефензивными переживаниями (но без острой психотики) эндогенно-процессуального и психопатического происхождения. Он может работать в разных своих формах, даже лишь с одними здоровыми профессиональными актерами на сцене и пациентами только в зрительном зале.

Здесь остановлюсь лишь на той форме РПТТ, при которой театр лечебно-играющих пациентов, включающий в себя стол с чаем и свечами, является навсегда одновременно жизненным сообществом-пристанищем душевно разлаженных пациентов. Им больно, тягостно жить среди здоровых людей, не способных их понять своим здравым смыслом, прощать им частые у них зловеще-депрессивные истерики, экстравагантные выходки, не способных согреть их своим здоровым душевным теплом. Все это обычно практически невозможно для здоровых людей, даже близких родственников пациента, поскольку, с одной стороны, пациент не похож на сумасшедшего в истинном смысле, а с другой — постоянно раздражает отсутствием здравого смысла, элементарной терпеливости и непредсказуемыми поступками. Таких людей не обижают, не наставляют со здоровой авторитарностью, пожалуй, лишь в компаниях алкоголиков, наркоманов, токсикоманов, где все прячутся за обезличивающей занавеской дурмана. И еще иногда наши пациенты находят друг друга в психиатрических больницах, диспансерах, и сами собою организуются из них в жизни стихийные товарищеские сообщества людей, не раздражающих друг друга отсутствием здравого смысла. Это отсутствие (или слабость) здравого смысла нередко оборачивается у дефензивных психопатов особой углубленной реалистически-аналитической, подводно-психологической или аутистически-символической талантливостью, а шизофреническая «полифоничность» (Добролюбова, 1996), способность рассматривать мир в бесконечных и неожидан-

ных «томографических разрезах», вспомним, лежит в основе подлинно сюрреалистического творчества, вообще авангардизма нашего века.

Но в психотерапевтическом театре практически всем нашим дефензивным пациентам, обычно одиноким, не способным обременить себя семьей, хочется живого человечески-реалистического тепла (потому и театр наш называется еще реалистическим). Лишь здесь, особенно на психотерапевтических репетициях, увидишь-прочувствуешь воочию их глубинную эндогенно-процессуальную напряженность-вялость. Стараешься ее расшевелить, оживить, дружески толкая пациентов «по роли» и обняться, поцеловаться, тепло-заботливо погладить друг друга, взять с нежностью в свои руки руку другого человека, потому что не получается и не получится это жизненное, человеческое в чуждом им обществе здоровых. Здесь, в дефензивно-напряженной вялости, блеклости влечений практически не бывает чувственно-сексуальных взрывов — и по причине тонкой, даже нежно-милой деликатности, духовности этих неорганических пациентов. В этом театральном убежище, в нашей творчески-дружелюбной неторопливости с доброй взаимной заботливостью пациенты оживляются вдохновением, нежными прикосновениями друг к другу. Они учатся изнутри психотерапевтической пьесы или концертного номера просветленно-творчески жить, например, в своей хронической депрессивности, играя чаще себя или другой болезненный характер, другую депрессию, — для того, чтобы через это яснее увидеть себя, свой путь-смысл. Здесь, как многие из пациентов утверждают, они подлинно живут, а в мире здоровых лишь притворяются здоровыми, чему учатся и в театре.

3.21. Биологически активные добавки и Терапия творческим самовыражением (1998) [112)]

Рассказываю пациентам в лечебной группе творческого самовыражения примерно следующее. «Вот помню из детства, как бабушка подсушивала-поджаривала в кухне на сковородке кофейные зерна и потом молола их в кофейной мельнице, медленно вращая длинную прошловековую деревянную ручку. Потом варила пахучий кофе в высоком, тоже старинном, кофейнике. Сегодня же, в нашей душевной напряженности-спешке, подчиняясь времени, обычно размешиваем в чашке с кипятком ложку быстрорастворимого

кофе и прибавляем туда ложку сухих сливок. Биологически Активные Добавки (искусно, по-заграничному упакованные в капсулы целебные продукты природы — растений, животных, минералов) напоминают мне наш сегодняшний быстрый кофе со сливками. И все же все это не химия-синтетика, а пусть обработанная, но экологически чистая природа, гораздо более органичная, родственная нашему организму. Притом необыкновенно разнообразная палитра — от знакомой «Травы Петрушки» до «Листьев Дикой Мексиканской Толокнянки».

Из Терапии творческим самовыражением я давно уже знал, что многие дефензивные пациенты (с переживанием своей неполноценности вследствие, в том числе, своей городской отделенности от природы) неприязненно относятся к психотропным препаратам и тянутся к целебно-творческому общению с природой, к лечебным травам и ягодам. С давних пор в своей гипнотической песне напоминаю пациентам о том, что мы — тоже Природа, что отворяются в гипнотической защитно-приспособительной раскрепощенности внутренние наши аптеки и идут в кровь лучшие на свете — природные — лекарства организма. От этого отчетливее чувствуем природу в себе и вокруг, включенность свою в Великую Мудрую Природу, которая нас исцелит (Бурно М., 1989, с. 185). И вот теперь появились в нашей стране Биологически Активные Добавки — «для сохранения и развития здоровья, профилактики заболеваний» (Макаров, 1997, с. 18). Биологически Активные Добавки усиливают, укрепляют целебные связи человека с Природой — материнской нашей основой в сегодняшней экологически нечистой, полухимической жизни. Психотерапевтически серьезно способны действовать на прочувствованное понимание нашего природного родства с Биологически Активными Добавками и их названия: «Листья Дамианы», «Корень Кудзу», «Ягоды Дикого Европейского Боярышника». Целебную силу Биологически Активных Добавок возможно увеличивать, рассматривая на слайдах в уютной группе творческого самовыражения, например, растения, из которых приготовлены конкретные добавки, чтобы Природа живее, содержательнее, красивее ощущалась в капсулах, чтобы ярче, более полноценно чувствовалась жизнь. Так, напоминаю пациентам: «Подобно тому как вишневое варенье есть продукт из вишен, в этой капсуле заключен продукт (экстракт) вот из этой радиолы розовой, что на экране».



3.22. О художественно-психотерапевтическом творчестве известных психиатров-психотерапевтов (1998)* [108)]

Известная склонность многих клиницистов-реалистов к художественному литературному творчеству, думается, объясняется, прежде всего, следующим. Клиницизм, как научное искусство, в основе своей художественно-интуитивен, то есть напоен чутьем — реалистически чувственным или реалистически духовным-нравственным. Тут же или немного погодя происходит более или менее трезвое размышление над тем, что приносит уму чутье, чувство в виде ощущений, образов, образных сравнений, переживаний. Вот мы читаем у Крепелина (1912, с. 92) о переживаниях больного с алкогольным бредом ревности: «Жена будто бы краснеет, когда по делу приходят мужчины; была застигнута в подозрительной позе с зятем; страшно всегда бледнеет, когда входит муж; она не слушается более, как прежде, отталкивает его, ищет защиты у комнатного жильца, бросает ему влюбленные взгляды (...)» и т. п. Или — у Корсакова (1901, с. 939) о страдающих прогрессивным параличом: «Больной становится суетлив, разъезжает по городу, одевшись в свое лучшее платье, навесив ордена, если таковые имеются, объезжает без надобности своих знакомых, везде много говорит, хохочет, рассказывает о своих проектах, покупает в магазинах ненужные вещи, тратит без надобности деньги, ездит по ресторанам, пьет вино, чрезвычайно охотно ведет циничные разговоры, не стесняясь присутствием дам, посещает публичные дома, делает встречающимся незнакомым женщинам непристойные предложения. Рядом с этим он делается очень забывчивым, крайне поверхностен в своих суждениях и легкомыслен в поступках: купив вещи, он часто не платит денег и не понимает, за что их с него спрашивают, поднимает из-за этого скандал». Все это, крепелиновское и корсаковское, понятно, не есть художественная литература, поскольку проникнуто не менее живым, нежели образы пациентов, клиническим, дифференциально-диагностическим размышлением о них, не уничтожающим добрые чувства к больным людям. То есть это не просто художественные, а именно клинические образы. То же самое можно сказать о странице из обычной психиатрической истории болезни, написанной, например, опытным провинциальным клиницистом на плоховато-желтоватой казенной бума-

---

* Доклад на III Консторумских чтениях (19 декабря 1997 г.) в Москве (Независимая психиатрическая ассоциация России).

ге. Однако благодаря клинической художественности-образности, благодаря тому, что в этих описаниях вся личность описывающего, а не только мысль*, все это о пациентах всегда неповторимо современно и поэтому, если издано, то обычно дорого стоит в букинистическом магазине. И нас, наконец, не удивляет известие о том, что оба великих, упомянутых выше клинициста писали стихи, как и классики психотерапии — Бехтерев, Эрнст Кречмер. Существует и поэтический перевод Консторума. У знаменитых не-клиницистов, работающих в психиатрии (клинических психологов, феноменологов, психоаналитиков) склонность к художественному творчеству обнаруживается все же реже. Не слышно, к примеру, о художественных произведениях Фрейда или Ясперса. Чем это объяснить? По-видимому, многих психологов (в широком смысле, по образу мысли) хранит-лечит свойственная им по их природе достаточно крепкая внутренняя аутистически-теоретическая защита при более или менее слабой художественной интуитивности, слабом чутье (чувственном или даже нравственном). Эта внутридушевная защита есть аутистический «за́мок» или «замо́к». «Небо», как называет это П.В. Волков (1994, с. 30). Поэтому здесь нередко нет нужды в отдельном, целебном для себя самого художественном творчестве. Да и художественное творчество здесь обычно мыслительно-символично, иероглифически-теоретично и в самых своих чувственных проявлениях. Аутистический исследователь (психиатр, психотерапевт) творчески лечит себя (в широком, высоком смысле) нередко одною наукой. А если он и предается художественному творчеству, то оно настолько аутистически глубоко лично, что может серьезно помочь пациенту лишь при условии глубокого, редкого созвучия с психотерапевтом. Научно-теоретическое переживание специалистов психологически-аутистического склада, таким образом, уже содержит в себе свою собственную целебно-стройную «символически-математическую» поэзию-музыку. Если здесь происходит разделение творчества в одном человеке на научное и художественное (например, философская поэзия Чижевского, «Алиса в стране чудес» Кэрролла), то это как бы одна «теория» — в научном и глубоко личном художественном преломлении. А в случаях реалистического склада творца — это одна душевная-духовная «практика»: как художественные и научные работы Гете, как научные статьи и стихи, рассказы клинического психотерапевта. Клиницисты чаще нуждаются

* Мысли, суждения, умозаключения в кратком виде накапливаются-сгущаются в энциклопедиях и справочниках.

в самотерапии художественным творчеством и чаще неосознанно-осознанно создают для помощи себе лечебное художественное, но многие из них по разным причинам не пытаются целенаправленно поделиться таким довольно серьезным лечением со своими пациентами. Почему Эрнст Кречмер, тихо писавший всю жизнь художественное (см. мои беседы с его сыном Вольфгангом [Бурно М., 1993; в наст. издании — работа 8.10.1]), не соединил это художественное со своей клинической, психиатрической психотерапией, сделавшись ее основоположником? Вольфганг Кречмер объяснил мне это строгостью немецких ученых советов, которые при таком «несерьезном» отношении к делу могли бы как-то помешать профессорству отца или его положению в научном мире.

Психиатры-психотерапевты часто стесняются своего художественного творчества. Но независимо от их отношения к своему художественному, это художественное обычно так же полно дышит психотерапевтической силой, как и вся жизнь психиатра-психотерапевта.

Вот, к примеру, два стихотворения Эрнста Кречмера, которые великий психиатр-психотерапевт разрешил себе поместить в своей автобиографической книге «Мысли и образы» (Kretschmer E., 1971). Перевел с немецкого мой отец, известный московский психиатр Евгений Иосифович Бурно (1911–1994). Первое стихотворение, психотерапевтически-ностальгическое, о доме своего детства, написано в 1915 году 27-летним Кречмером.

СОНЕТ

Уж вечер. Мысль усохла до стандарта.
Крылами ночь по струнам ударяет.
Звучанья реют, веселясь и тая,
В словах любви умолкнувшего барда.

А лица ночи в окна смотрят, просят.
Повозки звезд темь неба просветляют
Из темной почвы мальв немые стаи
В согласье крыш потоки света вносят.

Я этот дом на высоте свободной
Хочу любить. Здесь с колокольным звоном
Переплелось в таинственное скерцо
Цветенье дикой прелести природной.
И я ведом дождем из звездной бронзы
Домой, к тем дням, где близко все так сердцу.

(С. 75)

Второе стихотворение, без названия, написано в последние годы жизни. Кречмер, которому, видимо, уже за семьдесят, в рождественскую ночь обращается этим стихотворе-

нием-завещанием к немногим близким ему людям, и в том числе к некоторым любимым пациентам.

* * *

Должны ль мы жадно сомневаться
Здесь, пред наполненной кормушкой?
Хотим ли с трепетом бояться
Там, где скелет нас ждет в избушке?
Нет. Дай нам строить мир на славу,
Не как-нибудь и не в тумане...
Смотреть нам в жизнь дай лихо, браво,
Но за серьезными губами.

(С. 217)

Художественность Семена Исидоровича Консторума в основном была музыкальной или как-то была связана с музыкой. В 3-м выпуске Независимого психиатрического журнала за 1994 год опубликован художественно-психотерапевтический очерк Консторума о дирижере Никише, искусство которого он основательно-восхищенно прочувствовал и продумал еще во времена своего германского студенчества (Консторум, 1994). Многолетний пациент Консторума покойный музыкант А.М. Беленький*, которому я помогал в последние годы его жизни, прислал-подарил мне в 1971 году консторумский перевод из Гете. В письме ко мне в этом же конверте (17 августа 1971 года) Беленький писал: «Перевод С.И. из Гете переписал с сохранением расположения строк и слов (вплоть до разорванного надвое, из-за отсутствия места на листке, слова «главой») и с тем же отсутствием знаков препинанья, как в подлиннике. Мне кажется, С.И. написал это с одного раза, экспромтом, без правки, потому и отсутствуют знаки, потому есть и некоторые, легко, впрочем, устранимые стилистические шероховатости. Думаю, С.И. стремился к точности перевода в первую очередь. Это — монолог Ифигении из трагедии Гете, вложенный Брамсом в уста хора: Brahms, “Gesang der Parzen”, Op. 89, 1882 г., для шестиголосого хора с оркестром. Очень значительная, суровая, благородно-возвышенная музыка, приводившая С.И. в совершенный восторг даже в моем несовершенном воспроизведении по оркестровой партитуре на рояле».

Сверху и слева от перевода написано: «А.М. Беленькому посвящает свой первый (и последний) поэтический опыт С. Консторум».

Вот и сам перевод.

---

* См. об А. М. Беленьком: Бурно М., 1995; в наст. издании это — первая работа в Приложении.

Богов да страшится весь род
людской.
Судьба вся людская в их вечных
руках.
И делают ими они, что хотят.
Вдвойне пусть страшится, кто
ими возвышен.
На тучах, вершинах, воздвигнуты
троны,
Они обступают столы золотые.
Лишь ссора возникнет,
С стыдом и позором низвергнутся
гости в пучину ночную
И жаждут там тщетно в глубоких
потемках,
Чтоб суд обелил их.
А боги вверху там, как прежде,
пируют
И золотом блещут,
И шествуют гордо по горным вершинам.
Из горных расщелин навстречу
струится
Дыханье титанов,
Клубится туман
Над жертвой закланной.
И взор отвращают великие боги
от целого рода
И в внуках не видят тех черт,
что любили у предков».
Так молвили боги.
Изгнанник внимает во мраке ущелий,
Их слушает песню, поникнув главой,
Тоскуя о детях.

Немало духовно-практического, психотерапевтического и в прощальном корсаковском стихотворении «Море» (30 апреля 1900 г.). Солнце наполнило теплом-любовью слабые холодные волны моря, и они теперь способны смывать горе с берегов. Вот это стихотворение*.

Тихо плещет море,
Ластясь к берегам,
Хочет смыть с них горе,
Передать волнам.

Волны разбегутся,
Горе унесут,
С счастием вернутся,
Берег им зальют.

Но не смыть им горя
С мрачных, серых скал:
Нету сил у моря
К ним добросить вал.
И стоят громады,

* Оно уже прежде было напечатано с пояснениями в книге Банщикова (1967, с. 254, 270).



Мрачно вниз глядя,
Нет для них отрады —
Радостного дня.

Море в раздражении
Брызжет и ревет,
В гневном нетерпении
Скал подножье бьет.

Но вот светом ярко
Засиял Восток,
Поцелуй шлет жаркий
Солнце в волн поток.

И тепло вбирают
Капли вод с лучом,
К небесам взлетают,
Падают дождем.

Горе с них смывают,
Точно слез струей,
Речками стекают
К глубине морской.

Вечно плещут волны,
Ластясь к берегам,
С них смывают горе,
Отдают волнам.

Редактор литературного журнала, возможно, бросил бы это стихотворение в корзину как поэтически беспомощное. В самом деле, это стихотворение, по-видимому, не есть истинное произведение литературы, искусства. Но это, несомненно, благороднейшая одухотворенная психотерапия поэтическими образами, добротою умирающего врача, то есть частица медицины, а не искусства.

Итак, художественное творчество клинического психиатра-психотерапевта, преданного своему делу, есть клинико-психотерапевтическая «практика», обычно «теплая практика», независимо от того, как сам он относится к собственному художественному творчеству. При этом психотерапевт по своему природному складу может быть синтонным, авторитарным, психастеническим, может быть «полифонистом» (в понимании Е.А. Добролюбовой, 1996) и даже, в некоторых случаях, реалистоподобным аутистом. В этой сложной, тонкой области исследования обнаруживаются закономерности, тенденции, но немало и неожиданностей, исключений, подтверждающих правило. Порою кажущаяся бездонной пропасть оказывается неглубокой канавой. Так, художественно-поэтическая личная «теория» аутистического психотерапевта-философа может служить психотерапевтической «практикой» — для многих созвучных ему аутистических пациентов.

Главное, что хотел сегодня наметить здесь, размышляя над художественным творчеством известных психиатров, психотерапевтов: существует профессиональная психотерапия художественными образами, и именно с этой стороны психотерапевту по призванию, склонному одновременно писать художественное, следует присматриваться к своим художественным произведениям и применять их в своем деле.

3.23. «Целебные крохи воспоминаний» в Терапии творческим самовыражением (ТТС) (1999)* [120)]

Целебная потребность одухотворенно вспоминать и записывать прошлое обнаруживается у дефензивных (психастенических, психастеноподобных) пациентов часто уже в молодости. Стариковское ослабление-угасание мыслительной и чувственной активности в отношении к настоящему, нарастание тревожной деперсонализационности способствуют отворению красочных кладовых уютно отлежавшегося прошлого с писанием мемуаров или воспоминаниями о молодости вслух. Так, у стариков оживляются эмоциональные (детские, юношеские) основы личности, подогревая увядающую-подсыхающую индивидуальность. Дефензивы же своей инертностью, склонностью к тревожным сомнениям, деперсонализационностью часто в отношении воспоминаний — старики смолоду, хотя нередко и с лирически-юношеским мотивом в душе. Старики они лишь своим деперсонализационным неумением жить настоящим, боязнью своего будущего (с нередкой склонностью романтически верить в счастливое будущее человечества) и обращенностью своей в прошлое. Молодого психастенического Чехова, кстати, не случайно прозвали в молодости «дедом».

ТТС побуждает пациентов записывать-сохранять воспоминания в записной книжке, что возможно и в троллейбусе, и в лесу. Целебное действие записанного воспоминания возможно усилить, например, собственным рисунком как иллюстрацией к воспоминанию, а также фотографией, слайдом, созвучной воспоминанию музыкой. Главное, что преломляет такую кроху-воспоминание именно как крупицу ТТС — это осмысление-переживание в такой крохе своего определенного характерологического радикала (смеше-

---

* Сообщение на IV Консторумских чтениях (18 декабря 1998 г.) в Москве (Независимая психиатрическая ассоциация России).

ния радикалов), своих хронических душевных трудностей-расстройств, своего, свойственного твоей природе Смысла, своего жизненного пути.

Пациенты в ТТС нередко жалуются сегодня, что жизнь их напряжена стремлением выжить и трудно сосредоточиться, некогда творить. В то же время они отмечают, что, почувствовав улучшение-вдохновение в ТТС, испытывают затем тягостное опустошение («просто дурею»), когда надолго отходят от целебного творчества («не пишу, не фотографирую»). Кроха же удобна здесь и малым размером, и тем, что писать предлагается о том, что было, было у каждого из нас и не просто было, а согрето чувством и где-то там хранится.

К творческому записыванию воспоминаний психотерапевту, думается, следует мягко побуждать пациентов в группе ТТС собственным живым, личностным примером, дабы пациенты по примеру психотерапевта смелее открылись-раскрепостились в своем собственном творчестве.

Привожу здесь один из своих очерков как пример побуждающей к ответному творчеству «целебной крохи воспоминаний».

Оксана

В пятнадцать лет, в девятом классе я безнадежно любил Асю Башкирову с толстой пшеничной косой и маленьким острым носом. Были у нас в классе и загадочно-томные красавицы, например, Медведева, но в них я просто боялся влюбляться: где уж мне!

А у Аси был уже парень, Стасик, с которым они сидели за одной партой. В спортивном зале он, шоколадно загоревший, так победоносно-красиво играл мускулами и с таким немыслимым ускорением поднимался руками по канату к потолку, что я, цепляющий ногой за ногу, со своим бледным долговязо-кисельным телом прятался в углу за спиной Чулаевского, чтобы Ася не сравнивала меня раздетого со своим Стасиком.

Асе нравилось, когда я приходил в школу зимой на полчаса раньше, когда еще во дворе темно, — для того, чтобы из окна нашего класса украдкой смотреть с бьющимся сердцем, как она приближается к школе по скрипящему снегу в своих белых валенках. Я как будто бы не видел Стасика, который шел рядом с ней, и Ася, наверно, не говорила Стасику, что я в это время на нее смотрю.

Словом, Асе было меня жалко, и однажды она сказала, что познакомит меня со своей подругой Оксаной из другой школы. И Стасик кивнул, что будет этому рад. Тут же Ася вручила мне фотографический портрет своей подруги величиной с открытку. Сконфузившись, я сунул эту серую фо-

тографию в портфель и несколько часов рассматривал ее дома, пока не вернулись с работы родители. И потом, вечером, тоже уходил на кухню нашей коммунальной квартиры, будто мне там нужно проверить, как растет на подоконнике в горшке мой зеленый лук из луковицы, а сам, если не было в это время в кухне соседей, жадно рассматривал фотографию Оксаны. Рассматривал ее продолговатое лицо, немного в профиль, с влажно-блестящими продолговатыми обиженными глазами, кривой, как у бабы-яги, веснушчатый нос, крупные прыщи на щеке, оттопыренное круглое ухо. Я сразу влюбился во все это и даже несколько раз приходил на кухню с фотографией ночью. «Боже мой, — думал я. — Если Оксана согласилась со мной познакомиться, значит, она готова попробовать меня любить и тогда этот нос, щека, круглое ухо, мокрые глаза — все это мое. И какое все это прекрасное, уже родное мне. А потом мы, конечно же, поженимся». Никогда еще я так радостно не волновался, даже от любви к Асе. Мне, конечно, стыдно сейчас за то, что я был тогда такой глупый.

Утром пришел в класс невыспавшийся, когда Ася уже была там. Мне показалось, что она недовольна тем, что я пришел позже, чем обычно.

— Ну, что, понравилась Оксана? — спросила она меня.

Я был такой растерянно-взбудораженный, красный, зачарованно-радостный, что все было ясно.

— Оксана, к сожалению, сегодня уезжает с родителями жить в другой город, — сказала мне Ася.

Прошло несколько дней. Постепенно я успокоился и снова безнадежно любил Асю. Но я уже, кажется, понимал из всего случившегося: дело тут не просто в Асе, а в том, что, оказывается, я умею любить изнутри себя, внутри себя, и способен находить одухотворенное в повседневном.

1 октября 1998 г.

Смоленск. Соколья гора. Семинар психотерапевтов. Workshop.

3.24. О целебно-творческом стиле жизни (1999) [121)]

Мой отец, Евгений Иосифович Бурно (1911—1994), известный московский психиатр, после шестидесяти лет, когда вышел на пенсию и работал уже только три дня в неделю, стал почти каждодневно писать стихи. Прежде писал он стихи лишь в молодости, еще до моего рождения. Эти лирические тетради, как рассказывали родители, украла тогда наша домработница. Еще, помнится, иногда отец писал в

нашу школьную стенгазету (я был редактором) сатирические стихи (по моим рассказам о школьной жизни). Но после шестидесяти отец уже по-настоящему вошел в поэтически-творческий стиль жизни, то есть находился в состоянии более или менее выраженного творческого вдохновения до самой своей смерти в 83 года. Это несмотря на то, что страдал стенокардией, перенес в 69 лет инфаркт миокарда, тяжело переживая смерть жены (моей матери), мучился нарастающими остеохондрозными болями во всем теле и судорогами, наплывающими по временам тягостными депрессиями и слабостью-зябкостью от дряблости сердца, постепенно-медленно превращавшегося в рубец (атеросклеротический кардиосклероз). Отец вступил в 1992 г. в Российское общество медиков-литераторов и печатался под псевдонимом Евгений Неспокойный. Он оставил после себя 76 толстых рукописных книг стихотворений. По-моему, отец — настоящий поэт. Одновременно, как это обычно случается, он глубинно лечил себя творчеством. Здесь важно то, что отец не бодрился, сочиняя оптимистически-солнечное, а описывал реалистически-поэтически свои переживания, ощущения, боли, радости — все как есть, как было. Благодаря этому и чувствовал себя более или менее собою, а это чувство самособойности, даже грустное, всегда светло. «Коробка износилась, — говорил отец нам, своим близким, о своем теле, — а душа молодая». Эта молодая вдохновенно-поэтическая душа, думается, и поддерживала «коробку», пока могла. Работу в больнице отец оставил совсем лишь в последние полтора года жизни, а последнее стихотворение написал за два дня до ухода от нас.

Вот несколько стихотворений отца, написанных на 82-м году жизни.

Побелки и ковка

Меж горизонтом
и неба верхом
Идут,
как караван в пустыне,
Твареобразные побелки,
В единую
скопляясь линию.
Проплыл и мой так
век осколков
Между рожденьем
и концовкой...
Пусть вижу в них
овец и волков,
Но все они
единой ковки.

Июль 1992.

* * *

Жить трудно весьма,
Коли помнит душа,
Как в прошлом была она
не одинокой!..
Так, видно, цветок,
Кем-то сорванный впрок,
Не может забыть,
что он рос рядом с елкой...

21 июля 1992.

Терапия души творческим самовыражением

Через посредство слова
Живем мы, как живем.
Оно дает нам много,
Коль в нем себя куем
Иль все, что окружает
Ту вечную стезю,
Которая нас к краю
Ведет на rendez-vous
С последним вздохом жизни
Во тьме глухонемой,
С последним взглядом в кризис,
Что встанет пред душой.

6 августа 1992.

Самоутешение

Коробка уже не годится...
О чем же тогда говорить?!
Терпи, друг, покуда на лицах
Не слишком усмешечен вид,
Когда на тебя они смотрят...
Таков ведь предел для всего,
Что духом живет, кособоча,
Шатаясь... и дряхло зело.

7 августа 1992.

То, что осталось...

Когда уж нету сил
Пчелы труп удалить,
Что умерла у газовой горелки, —
Куда уж тратить пыл
Свой век лихой корить?!
Молчи и наблюдай
движенье стрелки!..

Август 1992.

* * *

Закован я,
точно преступник,
В букеты судорог, прострелы...
О, помоги мне, Бог-заступник,
Спастись от этих каруселей!..

Неужто это — в наказанье
За то, что в жизни не был ранен
На фронте и в гражданских битвах,

Искал красоты в душах, скитах
Искусства, классик монолитах,
Не обещал собой кредитов
Тем, что для ада были сшиты?!
Прости, Господь, за этот ропот!
Чего не произносит шепот
Души, тем более — поэта,
Когда уж песня его спета,
Но он остался вне пространства
В эпохе рецидива рабства.

7 августа 1992.

Окно

Семья цветов, что на окне,
Пейзаж, что за окном, —
Жизнь освежают мне в душе,
Мечтам дают прокорм.

Какие могут быть мечты,
Казалось, у конца?
Но это так, — они, как сны,
Снуют возле крыльца.

Мечты о том, как без меня
Страна войдет в баланс,
Закончатся тяготы дня,
Возникнет Ренессанс...

Как станет вдосталь хорошо
Тем, с кем я лодку греб,
Как буду зреть я то добро,
Что дал всесильный Бог.

Я ж в измерении другом
Спокойно все внесу в свой том.

Октябрь 1992.

Профилактика

Надо все время быть занятым
Чем-нибудь — только тогда
Ум твой не станет беспамятным,
Сможет глаголы спрягать.

Коли на миг остановишься —
Можешь сорваться с пути
И уж тогда не сподобишься
Больше склонять свои дни.

9 октября 1992.

Забвение, или с подоконника 8-го этажа

Давно уж нету
на деревьях листьев,
И мрачно зрит на это небосклон.
И вдруг вспорхнул
на подоконник чистый
Березовый листок. Откуда он?

Сухой, изящный,
слегка пожелтелый...
Лежит он, словно просится под кисть —
Зарисовать дабы его —



за его смелость,
За то, забрался что на эдакую высь!..

Я не художник,
кистью не владею
И, улыбнувшись, тихо высказал ему:
«Ты — молодчина —
мил мне до предела!
В своей тетради днесь похороню
Тебя вот с этим, брат,
стихотвореньем...
Лежите оба, чувствуйте забвенье!..»

Ноябрь 1992.

3.25. Патография и Терапия творческим самовыражением (1999)* [124)]

Патографию (греч. *pathos* — болезнь, *grapho* — писать) как область научного исследования понимают в разных планах: культурологическом, психоаналитическом, клинико-диагностическом, экзистенциальном, политическом и даже конкретно. Например, в американском «Психиатрическом словаре» Роберта Кемпбелла термин «патография» раскрывается как просто «описание болезни». Ниже понятие «патография психоаналитическая» толкуется как использование биографии для расширения психоаналитического познания-исследования преимущественно больного человека (Campbell, 1991, p. 450). И больше ничего там о патографии нет. В.М. Блейхер и И.В. Крук в «Толковом словаре психиатрических терминов» (1995, с. 386) в духе классической клинической традиции полагают, что патография есть «изучение творчества писателей, поэтов, художников, мыслителей с целью оценки личности автора как психического больного». Будучи также клиницистом, во-первых, уточнил-расширил бы это определение, заменив «психического больного» на «человека с душевным страданием». Во-вторых, как психиатр-психотерапевт, помогающий уже много лет пациентам клинической терапией творчеством, считаю возможным высветить в этом определении еще и клинико-психотерапевтическую грань. Наполненное сложными переживаниями творчество, убежден, всегда есть лечение от этих тягостных переживаний. Только благодаря творчеству (то есть оживлению своего духовно-индивидуального в творчестве) человек, переживающий в страдании безысходную душевную разлаженность, способен почувствовать себя более собою и,

* Сообщение на V Консторумских чтениях (17 декабря 1999 г.) в Москве (Независимая психиатрическая ассоциация России).

значит, обрести вдохновение, свой светлый смысл-опору в жизни. Таким образом, возможно и клинико-психотерапевтическое понимание патографии. Патография, по-моему, есть область клинической психотерапии, исследующая процесс лечения незаурядным творчеством, то есть изучающая лечебное творчество одаренных людей, творчество, сообразное душевным, духовным особенностям творца. Для меня важно, что клинико-психотерапевтическая патография изучает не просто творчество душевнобольных и пограничных пациентов вообще, а именно творчество одаренных, известных людей, о которых остались воспоминания, их переписка и т. п., если они уже ушли из жизни. Почему так? Потому что в Терапии творческим самовыражением учиться лечебному творчеству следует у одаренных творцов, даже если ты сам, как тебе кажется, не одарен. Существо Терапии творческим самовыражением состоит в изучении пациентами под руководством психотерапевта элементов психиатрии, характерологии в процессе разнообразного творчества (дабы скорее и надежнее нащупать свой, свойственный твоей природе, болезни, стиль целебного самовыражения, свой смысл). Пациенты стремятся к этому в лечебной группе творческого самовыражения и в домашних занятиях, отталкиваясь от творчества знаменитых. С ними роднит их пусть не талант, но какой-то определенный рисунок души (шизоидный, циклоидный, психастенический, полифонический и т. д.), какая-то особая структура тревоги, депрессии, навязчивостей, то есть то, что более или менее явственно проступает в творческом произведении. Известно, что и великие художники в своей юношеской творческой незрелости невольно подражали созвучным их душе учителям. Именно созвучным, дабы скорее отыскать свою, уже неповторимую при этом созвучии дорогу. Исследователь психологии творчества Г.М. Цыпин убедительно размышляет о «подражании» как о естественном «методе творческой работы», хотя художники, как известно, нередко страшатся быть на кого-то похожими в своем творчестве (Цыпин, 1988, с. 162–167). Если профессионалы-художники учатся творчеству через подражание созвучному себе мастеру, то для пациентов в Терапии творческим самовыражением тем более естественно это делать. Вот для чего необходимо нам с нашими пациентами совместное неисчерпаемое исследование творчества глубоко и сложно переживающих творцов, которые практически все душевно нездоровы и от недуга своего стихийно лечатся творчеством. Пусть же шизоидный пациент уже не стихийно, а методично поучится, например, у Рериха (если он ему близок) аутистическому творческому самовыражению, циклоидный пациент попробует поначалу подражать, например, Пушкину или Ренуару (или другому более близкому циклоидному художни-

ку), эпилептоидный — дефензивно-авторитарному Шишкину, Айвазовскому, психастенический — психастеническому Чехову и т. д. Все это помогает направить собственные творческие силы именно по своей природной дороге и обнаружить (при схожести, созвучии с подобными тебе) свою неповторимость, «бессознательную неточность» при копировании, как называл это Морис Равель (Цыпин, 1988, с. 164).

Таким образом, патография в клинико-психотерапевтическом понимании практически неотделима от Терапии творческим самовыражением. А Терапия творческим самовыражением может работать и со здоровыми как педагогически-воспитательная система.

Несколько слов об одаренности пациентов. Среди пациентов психотерапевтической амбулатории немало не творческих в художественном и научном отношении. Но пациенты, которым показана Терапия творческим самовыражением, то есть пациенты с довольно сложным тягостным переживанием своей неполноценности (тревожно-дефензивные расстройства), смею уверить, почти все отличаются творческими способностями как заложенным в них внутренним природным лекарством от своего страдания.

И последнее. Недавно мне позвонил один редактор радиопередач и попросил по-психиатрически рассказать радиослушателям о Германе Гессе. А то, дескать, некоторые так ему поклоняются, не зная, что он ведь был болен, и это у него в романах по-больному все так закручено, чему ж поклоняться. Я, конечно, отказался от такого участия в передаче, потому что для меня подлинное творчество, хотя и есть самолечение от болезненного расстройства, само по себе уже не является патологией. Хотя сложный, глубокий творческий процесс всегда есть лечение душевного страдания, само творческое произведение, если оно отвечает своему названию, то есть неповторимо светится Добром-созиданием, не есть что-то болезненное, здесь рассыпаются рамки здоровья и нездоровья.

3.26. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ (2003)* [131)]

Ирмгард Бонштедт-Вильке и Ульрих Рюгер из Геттингена в современном «Базисном руководстве по психотерапии»

---

* Выступление на секции экзистенциальной психотерапии на Международном конгрессе «Психотерапия Европы — Психотерапия Азии» 26 мая 2002 г.

(Хайл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У., 2001) в главе «Терапия искусством и творческим самовыражением» рассматривают сегодняшнюю «терапию творческим самовыражением» в психотерапевтическом мире не как конкретный самостоятельный метод (или группу методов), а как «одну из альтернативных терапевтических форм», которая применяется в клинической психотерапии «главным образом, в рамках общего лечебного плана с учетом психоаналитической концепции» (с. 538).

Терапия творческим самовыражением как мой авторский метод есть конкретный, самостоятельный отечественный психотерапевтический метод со своей системой показаний и противопоказаний, существенно помогающий больным и здоровым людям с более или менее выраженным переживанием своей неполноценности (дефензивностью). Это метод клинической (и в мироощущенческом смысле) терапии духовной культурой (Бурно М.Е., 2000), а не экзистенциальной (экзистенциально-гуманистической) психотерапии, не арт-терапии, не терапии творчеством в психоаналитическом или экзистенциальном преломлении. Существо дела в том, что в моем методе креативный психотерапевтический «механизм», так же составляющий его основу, как и в перечисленных выше психологических психотерапевтических подходах, преломлен не психологически (в широком смысле), а естественно-научно, одухотворенно-материалистически, природно-клинически. Что это значит? Это значит, что дефензивные люди с помощью психотерапевта для углубленного целительного творческого самовыражения изучают природу своей дефензивности, свои природные душевные свойства, переживания — в сравнении с душевными свойствами, переживаниями других людей, изучают элементы психиатрии, характерологии, естествознания, психотерапии.

Сегодня для того, чтобы объемно, изнутри, структурно рассмотреть какой-либо психотерапевтический метод, необходимо выяснить, в духе какого философского мироощущения (или вообще отсутствия философии, например, в сугубо технической психотерапии) реализуется тот или иной психотерапевтический «механизм», ведущий для данного метода: рационально-когнитивный, групповой, креативный и т. д.

Ведущий психотерапевтический «механизм»-переживание и в экзистенциальной психотерапии, и в религиозной психотерапии, и в арт-терапии, и в моем методе — креативный, творчество. Творчество есть оживление, светлое углубление индивидуальности, вдохновенная встреча с истинным

собою для кого-то другого, других, встреча, наполненная Смыслом и Любовью. Поэтому творчество и выносит страдающую душу из тревожно-депрессивной каши. С этим, по-видимому, согласятся и экзистенциальные психотерапевты, называя это состояние творческого вдохновения по-разному: «Личностный рост», «Самоактуализация», «Свобода», «Смысл» и т. д. Но для экзистенциальных психотерапевтов, как и для всех психологически-ориентированных психотерапевтов, творческое вдохновение есть все же иное, неземное (в широком смысле) измерение души. Для одухотворенного же клинициста-материалиста творческое вдохновение при всей своей уникальности есть духовное свечение тела конкретного человека, живущего среди других людей в природе и культуре. Свечение, не существующее само по себе, несущее в себе рисунок характера, клинику — т. е. общие свойства с картиной вдохновения людей подобного природного склада души (аутистические, психастенические, полифонические свойства и т. д.). Эти душевные, духовные свойства нематериальны, но несут в себе следы материального происхождения и выразительно отвечают свойствам телесным, т. е. своей биологической основе-источнику. Для одухотворенного же психолога-идеалиста творческое вдохновение изначально духовно, оно есть свет, искра Небесной Любви, Высшего Разума, Смысла, Истины. Римантас Кочюнас из Вильнюса на конференции по экзистенциальной психотерапии (Москва, 14 декабря 2001 г.) в своем докладе «Экзистенциальная терапия — отдельная школа или возможная грань любой психотерапии» пояснил, что «за экзистенциальной терапией кроется не тематика (размышления-переживания о смысле, ответственности, нравственности, одиночестве, любви, смерти и т. д. — М.Б.), а экзистенциальный взгляд на жизнь клиента, его трудности». Экзистенциальный взгляд, как он видится мне из работ экзистенциальных философов и психотерапевтов, начинается убеждением в том, что смысл, ответственность, нравственность, одиночество и другие духовные сущности (феномены, экзистенциалы), как и экзистенция (духовное существование) вообще, уникально-изначальны по отношению к материи, природе. Олег Валерьевич Лукьянов из Томска на той же конференции в своем докладе «Экзистенциальный опыт в психотерапевтическом образовании» отметил, что «все оформленное, зафиксированное в виде опыта не является экзистенциальным (экзистенциальным опытом, опытом встречи), но именно экзистенциальный опыт находится в центре таблицы наук для консультанта». «Современное образование не сообщает экзистенциального опыта, поскольку построено в извест-

ных границах». Подробнее об этом в книге под редакцией О.В. Лукьянова (2001). Александр Иванович Горьковой из сибирского Пытьяха 2 мая 2000 г. в своей мастерской, в которой я был участником, сказал: «Если не будет тепла, любви, этого мира, который не от мира сего, то ничего не будет». Понятно, все эти одухотворенные размышления-переживания лежат в иной плоскости, нежели живой интерес к природе характера, типам характера, клинической картине и практическое сердечно-земное стремление помочь человеку, исходя из всего этого.

Терапия творческим самовыражением, в том числе атмосферой вдохновения в психотерапевтической гостиной, также может способствовать возникновению экзистенциальных или религиозных переживаний у тех, кто к ним расположен природой своей. Недавно в моей мастерской женщина-врач в состоянии вдохновения сказала: «Я чувствую сейчас, что светлые переживания, которыми здесь наполнилась, недоступны какому-либо измерению, описанию и останутся навсегда». Однако Терапия творческим самовыражением прежде всего служит тем, кто природой своей мало способен или не способен обрести экзистенциальный или религиозный опыт. Нередко это человек с хронически больной душой или тяжелым патологическим характером или это дефензивные здоровые реалисты. Такой человек в свойственном ему творческом вдохновении, как он это сам переживает, понимает, не способен выйти из своей природы: из бесконечного ощущения и изучения своего природного характера, из своих хронических тревожно-депрессивных расстройств. Так сказать, не способен перешагнуть через свои порою болящие земные границы в область изначального, чистого, радостного Духа. Но жизнь его в этом свойственном ему творческом вдохновении также обретает, благодаря нашим занятиям, более или менее светлый смысл в новых, потеплевших, одухотворенно прояснившихся отношениях с людьми, природой, культурой. «Вот кто я такой по природе своей, которую изучаю,— говорит он себе. — Вот что мне близко, дорого в людях, природе, культуре, сообразно моему характеру, моей сложной хронической депрессивности, а вот то, что для меня не так важно. Вот что у меня не получается. Зато это получается у меня лучше, чем другое, и лучше, чем у многих других. Вот как я по-своему, сообразно природе своей, изменениям в ней (например, возрастным), переживаю свои кризисы. Вот к чему я должен быть готов в своей жизни. Вот как примерно буду поступать в определенных обстоятельствах и вот как буду умирать, если не мгно-

венно. Вот, наконец, в чем смысл моей жизни. Вот кого по-земному люблю, кому по-земному сочувствую. Вот откуда я иду, куда, как и зачем. Да, я аутистический (или психастенический, полифонический и т. д.) природой своего характера, но это все мои природные свойства, общие с некоторыми другими созвучными мне людьми (при всей неповторимости каждого из нас) — в том числе с известными писателями, художниками, учеными. То есть мои стойкие душевные свойства есть мои природные ориентиры, то общее, что одновременно несет в себе и бескрайнюю уникальность. Остаюсь неповторимым психастеническим (аутистическим, полифоническим и т. д.) самим собою со стремлением бесконечно изучать природу моего духа, как я это чувствую. И это есть мое земное, реалистически-содержательное творческое вдохновение, мой земной поиск идентичности». Когда московский психотерапевт Павел Валерьевич Волков, известный своими живыми работами о характерологических сложностях, тонкостях, рассказывает на наших конференциях по Терапии творческим самовыражением о том, как в психотерапевтической работе с пациентами с ним иногда «случается» (слово О.В. Лукьянова, 2001, с. 16) экзистенциальный опыт, то в этом экзистенциальном переживании уже нет не только времени, но и земных характеров, изучением которых Павел Валерьевич захвачен (Волков П.В., 2000). А человек, тяжело, хронически страдающий шизофренией и выживающий в Терапии творческим самовыражением, рассказывает: «Когда знаешь свои характерологические радикалы и наблюдаешь воочию, как толпятся они в моей полифонической душе-характере, видишь-чувствуешь, на какой радикал сегодня лучше опереться, аутистический или авторитарный, постигаешь, как великие, у которых с тобою так много общего в рисунке страданий, в характере, лечились творчеством, постигаешь свои собственные природные душевные ценности, — то есть смысл выживать».

Самое существо Терапии творческим самовыражением как *лечение, смягчение* творчеством своих болезненных расстройств или здоровых душевных трудностей, по-моему, чуждо экзистенциальной психотерапии: если творчество изначально духовно, то не может оно быть лечением в медицинском смысле, не может исходить как самозащита из патологического процесса. Ролло Мэй, например, упрекая Адлера за его «компенсационную теорию творчества», настаивает на том, что творчество — «признак полного эмоционального здоровья», «проявление самореализации нормальных людей» (Мэй Р., 2001, с. 33). А в Терапии творческим



самовыражением нередко приходится слышать: «Спасибо тебе, моя болезнь!»

С годами все увереннее могу сказать, кто выйдет из Терапии творческим самовыражением на экзистенциальную или религиозную дорогу, кто обойдет стороной мой метод, сразу же почувствовав в нем не свое, чужое, а кто останется в Терапии творческим самовыражением на всю жизнь. Точно так же и в книгах, написанных известными, глубокими психотерапевтами, я все яснее различаю стиль-душу экзистенциальных, психоаналитических, клинических авторов, чувствуя в основе стиля определенную природу характера, предрасполагающую к определенному психотерапевтическому, философскому мироощущению.

Что же роднит Экзистенциальную психотерапию с Терапией творческим самовыражением? В сущности, я уже сказал об этом. Целительное творческое вдохновение — вот главная грань нашего созвучия. Пусть это вдохновение имеет здесь и там свою особенную мироощущенческую картину, но здесь и там в нем светится Любовь и Смысл. Оттого мы, сколько могу судить, и читаем с охотой работы друг друга, встречая множество перекличек (хотя и в разном преломлении), обогащаясь, углубляясь встречей с иным подходом, отчетливее воспринимая себя через созвучное, но и, в известной мере противоположное тебе. И за духовные грани нашего созвучия мы, надеюсь, благодарны друг другу.

3.27. Письмо Лены из города N и ответ на это письмо (2003) [136)]

Здравствуйте, Марк Евгеньевич!

Высылаю Вам письмо, которое я читала во время встречи в Москве. Конечно, в письме все о 35 прожитых годах не расскажешь, все очень вкратце

Я не замужем и не была. Детей нет. В семье была поздним и единственным ребенком (родилась, когда маме было 36 лет; тогда же мама и замуж вышла; может, пойду по ее стопам? кто знает?) Всю жизнь прожила в родительском доме с мамой, папой и бабушкой (бабушка умерла 4 года назад). Кроме 5 с половиной лет, когда жила в Москве и училась в МИФИ.

В детстве была эрудиткой, очень любила читать, читаю с 3 лет. А вот общаться с девочками-соседками ужасно не любила, и никогда «своей» в компаниях не была. И сейчас от этого страдаю. Каких трудов стоило родителям оторвать меня от книжки и отправить «погулять с девочками»! Мальчиков же у нас на улице не было как класса. 3–5 девочек — и все.



Примерно в 5—6 лет в мою счастливую детскую головушку откуда-то стали закрадываться подозрения, что со мной что-то не в порядке, что я дура, ненормальная, не такая, как все, и т. д. В 8 лет они превратились в уверенность. Это произошло в пионерском лагере, когда я лежала в большой спальне во время тихого часа, и вдруг поймала себя на том, что соседки по отряду мне настолько чужие, что я не понимаю, о чем они разговаривают, а если я заговорю, меня тоже не поймут. То есть слова, конечно, понятны, а вот общая цель и смысл разговора... И что у меня в голове мысли текут совершенно в другом направлении. А значит — не таком, как надо, и я дура! *Это один из тех моментов, которые врезались мне в память на всю жизнь.*

В том же пионерлагере я привила себе чувство никчемности и трусости. Это произошло, когда вожатая мазала всех чем-то от комариных укусов, и они визжали от боли, а я одна испугалась, слышала их визги, и не стала мазаться.

В общем, сформировался сценарий по Эрику Берну: «Я — Плохая». И до сих пор вытравляю его из себя по капле, как Чехов раба, и конца-краю не видно!

Естественно, рядом со мной не оказалось психолога, или просто понимающего человека, чтобы все это скорректировать вовремя. И мои комплексы продолжали развиваться.

В школе я быстро стала отличницей, училась отлично все 10 лет и получила золотую медаль. До 3 класса меня все в классе любили, остальные годы, можно сказать, травили. Началось все абсолютно без всякого повода и без моей вины. Обо мне говорили, что я противопоставляю себя классу, хотя у меня такого и в мыслях не было. Это все не без помощи родителей. Они учили меня не давать сдачи, а жаловаться им, потом они шли в школу разбираться, то есть произносили речи о том, какие все плохие и какая хорошая Леночка. Я их не обвиняю, конечно, они хотели для меня как лучше. Учителя меня любили (хотя некоторые считали, что мне будет трудно в жизни так и получилось). Насколько я любила учиться, настолько же сильно не любила общаться с одноклассниками. В сфере общения все время чувствовала свою полнейшую беспомощность. Пыталась что-то с этим сделать, но ничего не получалось. Каждый год ездила в пионерлагеря, но так ни разу и не вошла в коллектив, все время молчала (или читала) и была на отшибе. Искренне не понимала смысла, например, мазания мальчиков зубной пастой по ночам. Очень мучилась.

И вообще-то, вплоть до окончания школы, больше верила не людям, а книгам, газетам и пропаганде. Они предлагали более устраивающий меня мир. Так хотелось жить мирно,

без агрессии, среди спокойных культурных людей (в моем возрасте — детей), стремящихся к знаниям. А реальные коллективы живут, увы, по животным законам джунглей. Кстати, читала у этологов, что детские коллективы — одни из тех, где больше всего животной иерархии. Я старалась этого не видеть и уходила в мир иллюзий.

Неизвестно, о чем мечтал реальный среднестатистический школьник, в частности, в наше время. А я мечтала— о школах с большим количеством техники и наглядных пособий; об учениках, чинно прогуливающихся во время перемен и на 100% думающих об Учебе. И перед всеми — прекрасное будущее, как в фильмах про «счастливое детство». Светлые города с просторными площадями.

В нашей школе был спецкласс по математике (с 9 по 10 класс). Туда и пошла. В 9 классе, казалось, обрела наконец-то нормальный коллектив, о котором мечтала. Одноклассники — спокойные, доброжелательные, любят учиться. Одним словом, рай. А чего мне в этом раю не хватало — домысливала, по старой привычке.

А после 10 класса поехали в колхоз.

Оттуда я должна была уехать раньше, чтобы ехать с родителями на свадьбу. И вот родители приехали за мной, а расставаться с любимым классом так не хотелось, и я осталась. Возвращаюсь назад и будто обухом по голове. Чего только ни пришлось услышать от некоторых одноклассниц при молчаливой поддержке остальных! Слово «дура» — еще самое мягкое. Оказывается, никто меня не любил, все только ждали, когда я уеду. Пыталась попросить понимания и поддержки, не все только брезгливо отворачивались. Остаток смены провела будто в трансе. Все не выдержала и вернулась домой на 3 дня раньше. Потом всю ночь писала письмо Владимиру Леви. Ответа, естественно, не получила. 10-й класс прожила, как в аду.

К окончанию школы с выбором профессии не определилась, да и настроение 10-го класса не способствовало этому. Нравились все предметы, кроме начальной военной подготовки. Пошла по проторенному пути: класс — математический, готовит к поступлению в МГУ и другие лучшие технические вузы страны, значит, надо идти туда. А еще приняла «судьбоносное» решение: раз не дается общение с людьми, надо идти в технический вуз общаться с машинами. По крайней мере, вреда от меня будет меньше. В 9–10 классе нас учили основам программирования, да и учитель был интересный. Так и выбрала профессию программиста (тем более, тогда это было все еще немного в диковинку).

Вообще говоря, уже к старшим классам чувствовала некоторое преобладание гуманитарных способностей. По соседству была еще школа со спецклассом по русскому языку и литературе, и расстояние было, как до нашей школы. Учителя и родители советовали идти туда, но я не пошла. Частично из чувства противоречия, а в основном — боялась нового коллектива. Свои не любят, так это хоть знакомое зло. Долго еще сожалела об этом.

Кстати, недавно разговаривала с выпускником этой самой школы. Он говорил, что преподавали там плохо, и из его выпуска никто не выбрал гуманитарную стезю. Так что — что ни делается, все к лучшему?

Конечно же, с таким характером, постоянным мучительным чувством отверженности и идиллическими мечтами в духе 4-го сна Веры Павловны не было и речи об установлении отношений с мальчиками. В 9 классе влюбилась, но совершенно односторонне, счастливой была другая девочка, социально нормальная. А в ужасном 10 классе было уже не до этого.

Приехала в Москву, не определившись, куда поступать. МИФИ выбрала, что называется, пальцем в небо. Вернее — в здание. Для справки: здание абсолютно серое и невыразительное. Наверное, самое плюгавое среди московских вузов.

Поступила сразу — в школе нас хорошо подготовили. *На этом закончилась моя пора успехов умственно-профессиональных — и так и не пришла пора успехов в общении.*

Из института не выгнали, хотя как-то раз зав. кафедрой сказал, что лучше бы мне набраться мужества и уйти. Не набралась.

Неуспехи мои начались с того, что набирали группу по аэробике, и я не прошла. Или раньше 1 сентября был ритуал переступания символического порога. Я переступила левой ногой. Лучше бы я так и не узнала, что это плохая примета. И сейчас я все социально-значимые для меня пороги, на работе, например, стараюсь переступать только правой! А главную же причину я всегда понимала и чувствовала: институт — не школа, здесь надо добывать знания самостоятельно (и сражаться за место под солнцем, увы!). Я же привыкла к ежедневному получению заданий и заботливой ведущей руке.

Помню, еще в младших классах читала в журнале «Юность», в «Зеленом портфеле», рассказ об образцовом ученике, который даже локти клал на парту под необходимым углом, как требовал учитель. Вырос ученик, окончил институт, поступил на работу. Естественно, начальником, так как учился отлично. Пришел в первый день. Что делать?

Ну и рассадил подчиненных за столы. «Сядьте прямо, обопритесь на спинку стула, локти на парту под таким-то углом!»

Меня как громом тогда поразило. Это же обо мне! Уже в младшем школьном возрасте чувствовала, во что выльется во взрослой жизни мой дурацкий характер, неприятие взрослой морали. Но тогда успокоила себя тем, что до взрослости еще далеко, а когда будет надо — стану, сама по себе, совсем другой. Точно так же с пресловутой необщительностью. Хоть и страдала от вечного остракизма, в глубине души надеялась и верила, что наступление взрослости перекует меня от основанья, а затем... Не перековало.

Итак, училась на тройки-четверки, редко на пятерки. Были и двойки, пересдавала. Отдушиной были английский язык, факультатив по истории религий, да еще некие социологические чтения Бестужева-Лады. Ходила во все театры и на концерты, и другие культурные мероприятия, записывалась и ездила на экскурсии, куда только можно. *Основные же предметы, наш хлеб, физика, математика, программирование, которое в школе так любила!! — были и по сей день!!! остаются трудно перевариваемой мертвечиной....* Физику с математикой давно и напрочь забыла.

И вот теперь хочу спросить Вашего авторитетного мнения. Я поглупела после поступления в институт? Или тут другие, психологические причины? Впрочем, еще об одной причине могу догадываться: уже не получалось уходить в свой мир и учиться, учиться и учиться. Потребность в общении стала такой нестерпимо острой, а что-то внутри — наверное, низкая самооценка плюс весь комплекс благоприобретенных за эти годы проблем — не давало продвинуться ни на шаг. Так и прошла эти 5 с половиной лет *рядом* с бурлящей студенческой жизнью, которую не вернешь.

Подруга была. Одна. Плюс пара полуподруг. И — все. В *«мужском» вузе у меня за все время не было парня.* Нет, одно время был друг, ростом ниже меня, но это только усиливало комплекс неполноценности.

Об отношении ко мне соседок по комнатам в общежитии Вы уже, наверное, догадываетесь. Жизнь в общаге, невозможность побыть одной у себя дома угнетала страшно. Нет, более, чем страшно. Встречаться с парнями уже хотелось, *и я бегала как одержимая по книжным магазинам Москвы в поисках книги философского характера, в которой объяснили бы мне, наконец, смысл женского кокетства.* Таким в моем представлении был путь для меня к обретению успеха у мужчин.

Была перестройка. Студенты веселились в компаниях и любили — я глотала книги и газеты. Ездили в стройотряды —

на все каникулы и праздники я исправно ездила домой. К родителям, которые во мне души не чаяли и не чают по сей день. А там!.. можно посидеть в своей комнате!!. одной!!! И почитать «Работницы»-«Крестьянки», где доброжелательным тоном рассказывают, что делать, чтобы нравиться противоположному полу.

На поезд — и к новым надеждам теперь-то уже не повторять своих ошибок. И начать хорошо учиться, найти себе парня и компанию. Продумывался план поведения. Приезжала — и все катится по однажды не знаю кем определенной колее.

А можно, я опишу Вам один из самых эмоциональных моментов в своей жизни?

Еду в метро. Закрыт на вечный ремонт мост Университет — Ленинские горы. И вот на какой-то миг вместо обычной черноты туннеля взгляду открывается чудная картина майской природы! Душа что есть силы рванулась туда, наконец-то!! к Настоящей Жизни, к весне!!! но в следующий миг — опять туннель.

Правда, похоже, как у Александрины: «Серая мышь выбегает на круг освещенный»?*

Короче говоря, не вылезая из перманентной потерянности-неприкаянности, доползла до дня защиты диплома.

На предпоследнем курсе ездили один раз на картошку. Успехи в общении — те же, что и в детстве в пионерлагерях.

Защитила диплом, надо сказать, хорошо. Впервые не спала 2 ночи, выложилась до последней клеточки. А после даже мало-мальски захуделой вечеринки, посвященной окончанию института, в нашей группе — *не было*. Группа — абсолютно недружная, у каждого свои интересы, шкурные и всякие, но я ушла в сторону. Скажу только, что в этот свой (последний) приезд в Москву я узнала, что обо мне, оказывается, ходит слух, что во время учебы я «загремела» в психбольницу. Ничего подобного не было. Да, на 3—4 курсе у меня начались всякие фобии (меньше надо было газет читать!), боялась ядерной войны, а потом стала бояться еще землетрясений и вообще всего, что страшно. Но до психиатров, слава Богу, не дошло.

Защитив диплом, «умная» Лена впервые за столько времени схватилась за голову и стала думать. В годы перестройки отменили распределение (теперь, кажется, снова ввели?) Итак, в руках «свободный» диплом. С датой 1 апреля 1992 года. А вместе с ним — «своевременное» осознание того, что с

* *Александрина*. Горемычная муза. М.: Издательство Российского общества медиков-литераторов, 1996. (Примеч. — *М.Б.*)

Москвой покончено. Если не считать 1 (одной) попытки устроиться в Зеленоград, никаких усилий к тому, чтобы закрепиться в Москве, за 5 с половиной лет предпринято не было. А какие нужны были усилия? Либо хорошо учиться, чтобы остаться в аспирантуре или на стажировке (чего я сделать не смогла, хотя для меня это был приемлемый вариант), либо проявить житейскую приспособляемость и «охомутать» москвича (вариант не мой абсолютно).

Подошла, помню, к одному преподавателю, который взял на стажировку одну одногруппницу. И говорю: «Хочу к вам на стажировку!» Он мне: «А что это такое?» Форма отказа такая. Будем знать.

Походить по предприятиям, попытаться устроиться самой? Была такая мысль, но «вовремя» пресечена нажимом родителей, которые, наверное, и не сомневались, что я благополучненько вернусь домой. Они и подрабатывать во время учебы не разрешали, а я слушалась Да и опять — раньше, надо было думать. Тем более перестройка, трудности с работой.

За время учебы не раз возникала мысль о дезертирстве. Например, в иняз. После I курса, когда никак не могла сдать физику, чуть было эту мысль не осуществила. Но приехала мама, чтобы меня «поддержать», и категорически пресекла. В отчаянье швыряю учебник физики: «Не могу! Это все такое сухое!!! Мама: «А там (т. е. в инязе) что — мокрое?! Учи — это твой хлеб!!» Тогда я еще не осмеливалась идти против воли матери. Смогу — годика через 2 после выпуска.

И вот я опять в городе N, под крылышком у родителей и с клятвой себе, что непременно вернусь в Москву, чего бы мне это ни стоило. Апрель, 1992 год.

Что дальше? Довольно-таки бледная и невыразительная жизнь. Однако — со смутной надеждой на что-то Настоящее и Большое впереди. Работала все время по специальности, но за 12 лет не добилась успеха в профессии программиста, хотя честно пыталась. Считаю смыслом своей жизни — найти себе деятельность по призванию и по душе. На сегодняшний день я считаю, что мое призвание — издавать журнал для таких, как я, чтобы им помочь, а заодно и себе. Больше 2-х лет прилагаю к этому усилия, все, которые можно прилагать при отсутствии денег. Вполне допускаю, что мое мнение может когда-нибудь измениться (вернее, мой внутренний голос будет говорить мне что-нибудь другое). Тогда я перенаправлюсь на это другое. Пытаюсь идти за своей путеводной звездой, духом и душой, а там — как получается

В Москву уже не хочу. Хочу в другой большой город. Пожить там какое-то время, а потом, если не понравится, вер-

нуться. Чтобы преодолеть свой комплекс неполноценности, что я не смогла остаться в столице. Но в большой город меня пока никто не приглашает. А ехать ютиться по общагам — на мой век общаги хватило, тем более с моим характером и постоянным стремлением побыть одной. Может быть, со временем подыщу что-нибудь приемлемое по интернету. А в большой город мне надо, потому что этот комплекс наложил очень большой отпечаток на мою жизнь, самооценку и профессиональную реализацию. Но тут другая проблема — родители уже пожилые и болеют. Они меня вообще-то отпускают на все 4 стороны, но с таким сердцем! Они сами ничего по своей воле не делали, им все диктовали их родители и никуда их не пускали. Так мама решила — путь хоть Лена получит то, чего мы не получили! Так отпустили меня в Москву, так мне купили квартиру и так, может быть, будет осуществлен акт родительского самопожертвования в пользу большого города. Но хватит ли у меня совести — не знаю. А самореализация нужна позарез! В общем, если будут хорошие предложения, даже не знаю, что и делать. Вопрос открыт.

Что еще? Переселилась наконец в квартиру (почти; вещи еще у родителей). И мне там, против ожидания, понравилось. Замуж не хочу. Детей — тем более. Но если найдется муж, с которым мне делать мой проект будет не тяжелее, а легче,— тогда выйду. Если такие еще водятся в природе.

Марк Евгеньевич, если захотите, можете поместить мой рассказ в какой-нибудь сборник по Терапии творческим самовыражением, и не только.

Лена.

Здравствуйте, Лена!

Благодарю за такое подробное письмо о себе, за доверие ко мне, за разрешение опубликовать письмо. Многие люди с душевными трудностями, подобными Вашим трудностям, отчетливее, глубже узнают себя благодаря этому письму, спасибо скажут. Когда знаешь получше свой тяжелый характер, то уже легче даже от одного этого знания. Потому что яснее себе становишься, меньше ранящей неопределенности-непонятности, порождающей тревожную панику (что будет со мной дальше, с ума еще вдруг сойду и т. д.). А тут, выходит, не один я такой.

Итак, это у Вас не болезнь душевная, а конституциональный, врожденный, трудный (прежде всего для себя самой) характер. Мы уже виделись однажды, и могу утверждать это с уверенностью. Да, *замкнуто-углубленный характер с тягостным переживанием своей неполноценности.*

Переделать, «реконструировать» такой характер воспитанием, лекарствами, «самой сильной психотерапией» практически невозможно, поскольку он наследственно (генетически) предопределен. Совсем не обязательно при этом, чтобы у родителей (или хотя бы одного из них) был подобный характер: наследственная ниточка может тянуться от двоюродного дедушки. Стало быть, переделать характер нельзя, но можно так устроиться, приспособиться в жизни со своим характером, что будет он прекрасно служить своими особенностями-трудностями — и тебе, и людям вокруг. Даже Человечеству. Французский врач Морис Флери (1860–1931) в конце XIX века писал о Дарвине, что «этот гениальный невропат (так называли в ту пору людей с болезненными душевными трудностями, но не душевнобольных, — М.Б.) инстинктивно понял, что можно извлечь пользу даже из недостатка». «Он понял, что люди, подобные ему, домоседы, хилые, маньяки, рабы своих привычек, могут изменить свои недостатки в добродетели, обратить свою нелюдимость в плодотворную сосредоточенность, заменить сознательное внимание, к которому они не способны, вниманьем бессознательным, сосредоточеньем на одной идее, на одном постоянном коньке. Пусть этот «конек» будет плодотворной идеей — и эта мания, являющаяся для стольких невропатов только бесполезным мучением,может сделать из него гения» (*Флери М.* Опыт душевной гигиены / Пер. с фр. СПб.: Тип. СПб. акц. общ. печ. дела в России Е. Евдокимов, 1899, с. 144). Классик мировой психиатрии немец Эрнст Кречмер (1888–1964) в последних изданиях своей знаменитой «Медицинской психологии» (1975) обозначил психотерапевтическую помощь такого рода как «созидание личности по ее конституциональным основным законам и активностям» (см. об этом в моей книге «Терапия творческим самовыражением» (М.: Академический Проект, 1999. С. 28)). Терапия творческим самовыражением, о которой Вы узнали, в сущности и есть подробное практически-психотерапевтическое осуществление, развитие в нашей российской жизни мыслей М. Флери и Э. Кречмера. Люди с мучительными характерологическими трудностями, переживанием своей неполноценности, горького одиночества среди других людей в Терапии творческим самовыражением (отечественное психотерапевтическое направление-школа) научно изучают свой природный характер среди других характеров. Изучают элементы жизненной психотерапевтической помощи себе и другим сообразно характеру. Все это происходит не в сухо-академическом духе, а в разнообразном творческом самовыражении. По-настоящему можно понять-почувствовать себя, свой характер, и ха-

рактер другого человека, свое характерологическое призвание и призвание другого, когда увидишь, как сам напишешь, например, какое-нибудь воспоминание-переживание из детства, когда нарисуешь что-нибудь по-своему (пусть совсем неумело), когда увидишь, как описывает события, чувства и как рисует другой человек. Мы изучаем жизнь, творчество знаменитых людей (писателей, живописцев и т. д.), поскольку в этих людях — те же человеческие характеры, но по причине гениальности, таланта особенно ярко выражающие себя в их творениях. Учимся у них *по-своему* лечиться творчеством, применять себя в тех делах, где можешь сделать больше, лучше, нежели в других, трудных или невозможных для тебя (по твоему характеру) занятиях. Характер — есть стойкое природное созвездие общих душевных свойств. Но изучая, выясняя это общее, опираясь на него, мы идем в творческом самовыражении, т. е. в выполнении какого-либо дела *по-своему,* — к собственному неповторимому. Ведь каждый, например, *замкнуто-углубленный* человек *по-своему* неповторим в своей оживленной творчеством индивидуальности. Эта оживленность — свет творческого вдохновения, в котором встречаешься с собою, со своей любовью и своим смыслом.

Замкнуто-углубленный характер человека с переживанием своей неполноценности нередко говорит об одаренности этого человека. Остается в творческих делах найти, раскрыть себя. Что называется, своим трудным характером общественно-полезно, вдохновенно-творчески вписаться в нашу жизнь. И тогда — вроде бы и нет никаких тягостных переживаний, а есть жизнь-вдохновение-смысл. Вам необходимо обрести вот это свое жизненное дело-призвание, сообразное Вашей природе (для этого и изучаем свою природу). Сложному душой, робеющему перед жизнью человеку, трудному для себя и других, нередко бывает мучительно нелегко найти в жизни *свое.* Но уж если найдет он это *свое*, то способен вершить его так, как, может быть, никто больше не способен. Ведь чем сложнее душа, тем она особеннее-неповторимее, то есть более творческая она в своей сути. Но одного чтения психотерапевтических книг без курса Терапии творческим самовыражением (ТТС) все-таки мало, с одними только книгами можно и ошибиться. Важно здесь живое, практическое изучение своих характерологических творческих особенностей-склонностей в беседах с психотерапевтом и в группе творческого самовыражения. Чаще лишь тогда возможно ясно нащупать, осознать свою дорогу, чтобы, уже не сомневаясь, сквозь жизненные трудности стараться вдохновенно идти по ней, согласуясь с прояснившимся своим ми-

роощущением, своей совестью. ТТС способна дать эту душевную-духовную опору в жизни. ТТС — по-своему сложная, но праздничная психотерапевтическая жизнь. Вней человек начинает ясно чувствовать-понимать себя и дружескую близость свою с созвучными себе людьми, с которыми хочется быть всегда вместе, друг друга поддерживая.

Терапией творческим самовыражением сегодня занимаются психотерапевты, психологи во многих городах России и СНГ. Есть и сайт в Интернете «Якорное поле, Сила слабых»: www.QField.org.ua. Там много литературы по ТТС, и в том числе наш учебник для занимающихся в ТТС (Бурно М.Е. Сила слабых (психотерапевтическая книга) М.: ПРИОР, 1999.). Есть и вопросы, ответы и т. д. Все еще может быть в Вашей жизни, Лена, по-настоящему светло, ладно, значительно.

До свидания!

М. Бурно
(Москва)

3.28. Из опыта экологических занятий в Терапии творческим самовыражением (ТТС) (2004) [137)]

Мне, психотерапевту-психиатру, приходится работать в ТТС и со здоровыми людьми. Это так называемая в психотерапии — «мастерская» («workshop»). Врачи, психологи, педагоги постигают ТТС в психотерапевтической гостиной (тоже с чаем, свечами, музыкой, слайдами); погружаются в разнообразные наши занятия вместе со мною, ведущим группы, будто они пациенты или здоровые люди с душевными трудностями, словом, люди, которым будут потом в таком духе помогать.

Многолетний опыт этих занятий (и в том числе биологически-экологических занятий) убедил меня в том, что к ТТС с благодарностью тянутся и многие здоровые люди с более или менее сложным переживанием своей неполноценности. Применение ТТС в своей работе педагогами и школьными психологами, начавшееся на Украине, в Одессе, уже более 20-ти лет назад (Ян В.И., Воробейчик Я.Н., Конрад-Вологина Т.Е., Поклитар Е.А., Унанов Т.А., Ян-Веселовацкая Я.В., 2003) и в последние годы распространившееся в России, особенно в Сибири (Новокузнецк, Омск), даже побудило меня предложить, например, в нашем коллективном «Практическом руководстве по Терапии творческим самовыражением» (2003), обозначить область внелечебного применения ТТС словосочетанием «характерологическая креатология» (creatio — созидание, творение (лат.)). Эта на-

учная область отличалась бы от эстетики, изучающей *наиболее общие закономерности* познания мира (в том числе искусства, природы), прежде всего чувствами, и от эвристики, исследующей тоже *наиболее общие закономерности*, но не столько душевного переживания, чувства, сколько творческого мышления,— отличалась бы тем, что естественнонаучно проникала бы в *конкретные* природные особенности творческого характерологического переживания, думания, исходила бы прежде всего из этих природных особенностей в поисках *конкретных* (характерологических) закономерностей творчества (в самом широком смысле). При этом характерологическая креатология практически помогала бы людям быть творческими самими собою, сообразно своей особенной природе (с. 501). Однако в этом громоздком названии («характерологическая креатология») не слышится ясно важный и для ТТС здоровых момент, который подчеркивают одесские исследователи— «целебное воздействие на душевное состояние человека». Поэтому, по-видимому, следует оставить пока и для более широкого (не только сугубо лечебного) понимания, применения ТТС прежнее название «Терапия творческим самовыражением». Тем более что Человечество сегодня, как это известно, серьезно нуждается в психотерапии (терапии средствами души). Психотерапией занимаются в мире не только врачи и психологи, но и другие специалисты, в своей профессии изучающие так или иначе душу и получившие дополнительное психотерапевтическое образование (педагоги, социологи, философы, искусствоведы и т. д.). Специалисты занимаются психотерапией теперь со множеством здоровых людей (с людьми, у которых различные душевные трудности, «проблемы»). И толкуется ныне слово «психотерапия» («терапия») не только как лечение, а шире — как «помощь», «уход за душой» (см. об этом в фундаментальной книге европейских исследователей «Психотерапия: новая наука о человеке» (редактор-составитель — Альфред Притц, президент Всемирной организации психотерапии, генеральный секретарь Европейской ассоциации психотерапии; рус. перевод — 1999)).

Е.А. Поклитар (2003) наряду с лечебно-профилактической выделяет «гуманитарно-культурологическую ипостась ТТС», сообщает о том, что на основе ТТС «сконструирована усовершенствованная система формирования гармонически развитой личности, обозначенная как Семинар характерологической экологии человека (Семинар ХЭЧ)». Конечно, мне бесконечно дороги все эти одухотворенные усилия одесских специалистов, самобытно работающих в ТТС, развивающих ТТС.

Итак, что же происходит на наших экологических занятиях в ТТС для врачей, психологов, педагогов? Какие основные моменты стараюсь тут высветить для обсуждения? 10 групповых занятий с домашними заданиями (8–12 чел. в группе). Возможны, конечно, и индивидуальные беседы.

1. Прежде всего важно помочь участникам группы отчетливо понять-прочувствовать экологические связи в биологическом мире. Рассказать об этом кратко, но так, чтобы это навсегда проникло в душу. Читаю вслух или пересказываю, например, следующее место из книги Питера Фарба «Популярная экология» (пер. с англ., 1971). «Дарвин обнаружил, что шмели с их длинным хоботком — единственные насекомые, которые способны эффективно опылять глубокие трубчатые цветки красного клевера. Из этого он сделал вывод, что распространенность красного клевера в Англии объясняется обилием шмелей. При этом, ссылаясь на одну из энтомологических работ, он указывает, что чаще всего гнезда шмелей встречаются вблизи городов и деревень, где их меньше разоряют полевки, поедающие личинок и куколок. Почему же в окрестностях городов и деревень мало полевок? Да потому, что там много кошек, которые сильно снижают численность популяций полевок. Один немецкий ученый продолжил это рассуждение следующим образом: если доказано, говорил он, что кошки ответственны за распространенность в Англии клевера — основного корма крупного рогатого скота, а клевер экологически связан с британским морским флотом, поскольку говядина — основная пища моряков, то, следовательно, кошкам принадлежит главная заслуга в том, что Британия является великой морской державой. Следующий шаг сделал Томас Хаксли: он утверждал — отчасти в шутку, — что поскольку кошек в Англии в основном держат старые девы, то британское могущество может быть логически — и экологически — выведено из «кошколюбия» многочисленных английских старушек» (с. 33). При этом показываю на экране слайды цветущего красного клевера со шмелями-«медвежатами», опыляющими его, слайды полевок, кошек, портрет Дарвина и т. д. Обсуждение этой темы с участниками группы.

2. ВТТС есть конкретная методика терапии творчеством — *Терапия творческим общением с природой* (Бурно М.Е. «Терапия творческим самовыражением» (1999), с. 134). В соответствии с первым положением этой методики («существенный минимум знаний о природе») обсуждаем тему эволюции растительного и животного царств и связанное с содержанием этого обсуждения *чувство, переживание родства человека с природой.* Слайды растений и животных, гербарии, видео-

фильмы. Даже в гипнотическом сеансе для тревожно-депрессивных пациентов стараюсь проникновенно говорить о том, что «за окном в каждой ветке тополя, в каждом листике крапивы, в каждой травинке по разветвляющимся сосудам движется сок растения, как в наших жилах наша кровь». «И видится, чувствуется, понимается этот единый план строения всего живого и место свое среди природы. У крапивы кожица, у дерева кора — и у меня кожа. Вот птица сидит на ветке — и тоже смотрит на мир, пусть птичьими, но глазами, дышит, как и мы, что-то ест, чего-то испугалась. И тоже в ней бьется сердце. И родственное чувство к каждой птице, к каждой ветке. Это все Природа, наша мать, из которой мы вышли, и остается ее только пуще беречь. Чувство великого родства с Природой, чувство включенности своей в Природу. Она в нас и вокруг нас. Она во многом мудрее нас, и она нас исцелит» (с. 213—217). Стремление оберегать, защищать природу, думается, должно исходить прежде всего из этого переживания, чувства родства с природой, в котором природа становится таким дорогим, близким тебе существом, что хочется говорить, писать о ней с большой буквы, что иногда здесь и делаю.

3. В соответствии с этим же положением об азбуке знаний о природе важно изучить (в ярких, внятных элементах) тех животных, те растения, камни, звезды, что нас окружают. И особенно — исчезающих животных, растения. Знать их имена (имена бабочек, трав и т. д.), хотя бы немного узнать об их сегодняшней жизни, об их прошлом. Рисовать, фотографировать все это и уже пытаться определить свое душевное отношение, например, к веронике дубравной, к ясеню, разным жукам, а заодно — и к неживому: куску Гранита, к Полярной звезде — ко всему что вместе рассматриваем. Слайды, альбомы, гербарии и т.д.

4. В соответствии с этим же, первым, положением, знакомимся с некоторыми «механизмами» целебного влияния общения с природой на человека, особенно тревожного. Описал семь таких, часто взаимно проникающих друг в друга «механизмов» в своем предисловии («Психотерапевт Природа») к книге писательницы и педагога Аталии Беленькой «Осторожно ветер из калитки вышел» (2004). Это: 1) испытываемое многими людьми чувство человеческого в некоторых животных, растениях, даже минералах с вдохновенным смягчением тревоги от такого созвучия (антропоморфизм); 2) смягчение тревоги бесконечным нерукотворным разнообразием Природы (любой найдет в этом разнообразии свое, смягчающее душу — Е.А. Добролюбова (1997)); 3) чувство-понимание все-таки нечеловеческого в

природном человекоподобном (похожем на человека), помогающее, например, не обижаться на природное, как обиделись бы на человека; 4) когда чувствуешь Природу своей матерью, хочется ее и беречь, как мать; 5) природа не обманывает, не ранит душевно; 6) многие, изучая, исследуя природу, сильнее ее по этой причине любят; 7) верующий чувствует в природе звучание Бога, Красоты, Гармонии, Космоса (с. 13–19). Аталия Беленькая в рассказах, составляющих ее книгу, в сущности, художественно описывает некоторые из упомянутых выше «механизмов». Книга Беленькой, как и моя книга «Больной человек и его кот (психотерапевтическая проза о целебном творческом общении с природой)» (2003) служит пособием в наших экологических занятиях в ТТС.

5. Теперь о главнейшем, соединенным со всеми выше сказанными подготовительными моментами, без которого не было бы в наших экологических занятиях подлинного существа ТТС. Это — второе положение указанной конкретной методики терапии творчеством в ТТС (*Терапия творческим общением с природой*)— «познание индивидуально-типологического (точнее — характерологического. — *М.Б.*) отношения людей к природе». Это — тема изучения с участниками группы творческого самовыражения элементов характерологии в связи с экологией. Представляя себе, сколько возможно, природу *своего* характера в сравнении с другими характерами, мы легче находим именно *свою* дорогу к природе, *свою* радость общения с ней, *свою* тревогу за нее, *свои* экологические переживания. Это неповторимое *свое* тем не менее имеет общие свойства, созвучно отношению к природе известных писателей, художников, композиторов, на которых в серьезной мере похож своим характером. Вот несколько примеров. Характерологически-синтонное переживание природы сказывается естественным теплым светом, радостным или грустным полнокровием без истинных символов, как видится-чувствуется это у Пушкина, Тургенева, Тропинина, Поленова, Левитана, Глинки, Бородина. Авторитарно-напряженное отношение к природе — хозяйски-заботливое, нередко с внимательной любовью к природным деталям (Шишкин, Виктор Васнецов, Салтыков-Щедрин). Тревожно-сомневающееся (психастеническое) переживание природы — мягко-антропоморфистское, нередко с тревожной, сочувствующей нежностью (Чехов, Дарвин, Клод Моне, у которого даже стога сена — как тревожно-грустные люди). Демонстративное (истерическое) отношение к природе — чувственно-картинное, красиво-холодноватое, порою пряно-оживляющее



душу (Марлинский, Семирадский, Бунин). Аутистическое (шизоидное) переживание природы — часто символическое или сновидное, а то и сновидно-символическое, поскольку аутист природой своей чувствует подлинную реальность как изначально духовное, космическое движение. Изначальный Дух, правящий миром, он, конечно же, не способен изобразить как живое реалистически-материальное полнокровие. Это для творцов реалистического (материалистического) склада души природа-материя, живое, полнокровное тело есть, как они чувствуют, подлинная реальность, источник духа. Символическое изображение природы видится, например, у Матисса, Рериха, Кента, Байрона, Сарьяна, Гессе, Шостаковича, Шнитке. Сновидное — у Боттичелли, Вермеера, Борисова-Мусатова. Часто сновидная символичность сохраняет реалистические формы, т. е. она может быть реалистоподобной. Тем не менее чувствуем в этой «реалистичности» подсвеченность всего земного невидимым изначальным духом (Лермонтов, Тютчев, Нестеров, Ахматова, традиционная японская живопись, Григ). У людей с полифоническим характером в душе живет одновременно предрасположенность и к аутистическому (идеалистическому), и реалистическому (материалистическому) мироощущениям, что сказывается и в их аутистически-материалистическом переживании природы. В творческих произведениях таких людей по причине «расколотого» мироощущения нет ни подлинной символики, ни подлинной сновидности, ни подлинной реалистичности. Все это, и особенно реалистичность (материалистичность), здесь слишком сгущено, трагически тяжеловато (гиперреалистичность до мертвоватости — сказочной или зловещей): Босх, Дали, Врубель, Пикассо, Малевич, Филонов, Гоголь, Кафка, Булгаков, Вагнер, Скрябин.

Указанные выше пять основных моментов-тем для обсуждения на наших занятиях помогают участнику экологической группы в ТТС прийти к *своему*, свойственному природе *своего* характера экологическому мироощущению через *свое* отношение к природе, *свою* любовь к ней, *свой* смысл *своих* отношений с природой. Так, Аталия Беленькая в указанной выше книге, в рассказе «Дом и его домочадцы» (с. 182–189), по необходимости, с сожалением-печалью разрушает архитектурно-красивейшее осиное гнездо, найденное случайно на балконе в старой детской коляске. В гнезде— осиные дети, а взрослые, недалеко, за полуистлевшими газетами, напряжены злостью, готовы драться, защищать детей; «бесподобная красота и тонкость и лютая злобность». «Конечно, смогу их победить, но они ведь по-своему пра-

вы». Для поэта и ученого Юрия Линника, в соответствии с иной природой его души, насекомые — иное, космическое: «Это наша Земля! — здесь на крыльях павлиньего глаза / При желании можно другие миры увидать» (Линник Ю.В. Параллельная вселенная: Этюды о жизни насекомых. 1987. С. 222).

Но как бы ни чувствовал *по-своему* человек Природу природой своей более или менее сложной души, он способен *по-своему* проникнуться *главнейшим*: мы глубинно связаны с растениями, животными, минералами в экологическое волшебное единство и, неумело распоряжаясь природой, издеваемся над собою. А это «*по-своему*» (это *творчески)* помогает нам сильнее-острее чувствовать-понимать *главнейшее.*

Случается, новичок говорит мне: «Ничего я не чувствую к природе. Она меня даже раздражает тем, что ей нет до меня дела. Будь то бабочка, одуванчик, береза. Им все равно— умру я сейчас или нет, больно, грустно мне или я весел. Этого, конечно, не скажу про свою собаку, но собака член нашей семьи, она — как получеловек, не чувствую ее природой». «Да, верно, — обычно отвечаю я в таких случаях, — дикой природе нет дела до нас, я тоже в природе Бога не чувствую, не тот у меня характер. Но, во-первых, мы с Вами, как убеждены, вышли из природы и мы, стало быть, тоже, в серьезной мере, есть природа. А во-вторых, и это главное, *мне-то есть дело до природы* — в том смысле, что она чудесно помогает мне в общении с нею чувствовать себя собою. Когда в этом общении явственно, *по-своему*, ощущаю-переживаю, понимаю что-то природное как созвучное, родное мне самому (этому способствует изучение *своего*, характерологического, отношения к природе), возникает в душе свет самособойности. Этот свет есть *творческое вдохновение.* Оно теснит тягостную кашу неопределенности в душе, то есть мое дурное настроение. Яснее вижу теперь себя, свой путь в жизни, свою Любовь и свой Смысл. Это, конечно, может случиться и в какой-то иной живой творческой работе (пишу, фотографирую), может случиться в творческом общении с произведениями литературы, искусства, науки. Но в общении с природой у меня, как и у многих людей, вдохновенно-просветленная встреча с собою случается особенно легко. Может быть, этим возможно отчасти объяснить и то, что, старея, мы трогательнее, острее чувствуем природу, хочется быть ближе к ней, вместе с ней. Хочется, например, умирая, смотреть на любимую бегонию в горшке у изголовья. Может быть, перед тем, как взять меня в себя, Природа, эта бего-

ния, например, осветит мне душу, и уйду, успокоившись, самим собою, а не кашей-размазней, пропитанной болью и страхом. Как же мне не благодарить Природу? Как не беречь, пока могу?»







Глава 4

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ (БОЛЕЗНЕННЫЕ) ТРЕВОЖНЫЕ СОМНЕНИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНАНКАСТНЫМ И ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ (КЛАССИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ – «ПСИХАСТЕНИЧЕСКАЯ ПСИХОПАТИЯ» [«ПСИХАСТЕНИКИ»])

4.1. Патологическое тревожное сомнение и психастеническая психопатия (Из «Докторского доклада», 1998) [115)]

В течение многих лет в процессе Терапии творческим самовыражением автор исследовал клинические подробности разнообразных психопатологических расстройств, имеющих серьезное значение для клинической психиатрии, клинической психотерапии в классическом ее понимании (Kretschmer E., 1927 и Консторум, 1962), для медицинской психологии. Результатами работы явилось прежде всего подробное *описание психопатологического симптома «патологическое тревожное сомнение»* (ПТС), являющегося центральным во многих дефензивных расстройствах и лишь кратко намеченного A. Pick'ом (1902) и П.Б. Ганнушкиным (1907). ПТС (1367 наблюдений) отличается от навязчивого сомнения тем, что в случае навязчивости пациент обычно убежден, что сомневается зря. Содержание навязчивости так же, но по-своему конкретизирующее изначальную тревогу, инородно личностному отношению человека к предмету переживания, а ПТС вырастает на «родной» ему тревожно-аналитической почве (у психастеников, дефензивных «мыслительных» циклоидов, шизоидов и т. д.) — иной, нежели у предрасположенных к истинным навязчивостям. От сверхценных идей, возникающих обычно на инертно-аффективной личностной почве с известной авторитарностью, ПТС отличаются именно отсутствием убежденности в существовании того, чего нет. Все это, вместе с другими психопатологическими, характерологическими подробностями, в порядке поначалу еще симптоматической помощи, разъясняется дефензивным пациентам, например, пациентам с мучитель-

ными ипохондрическими сомнениями, после того как содержание сомнения опровергнуто медицинским доказательством.

К клинике психастенической психопатии (ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности по МКБ-10)

Всего наблюдений — 158. Автор изучил становление клинического учения о психастенической психопатии от работ P. Janet и F. Raymond начала века до современных исследований, показав, как все суживалось клиническое понятие «психастенической психопатии», отграничиваясь от разнообразных психастеноподобных состояний, и эта дифференциация углубляла, уточняла клиническую психотерапию психастении. До настоящего времени, однако, в описаниях психастенической и других психопатий, даже в учебниках и руководствах, даются обычно разновидности определенной психопатии под именем этой психопатии. Так, например, психастенический педантизм, перфекционизм, часто отмечаемые при описаниях психастеников, свойственны не всем психастеникам и нередко встречаются у дефензивных шизоидов, эпилептоидов. В многолетних занятиях Терапией творческим самовыражением, в тщательном изучении творчества пациентов выяснилось, что клиническое существо психопата сказывается, прежде всего, в его природной предрасположенности к определенному мироощущению: реалистическому (материалистическому), аутистическому (идеалистическому) или эклектическому. Психастеник в этом отношении реалист (как и циклоид, эпилептоид). Он природой своей чувствует свое тело (и тела других людей) как материальный источник духа, как бы светящийся этим нематериальным духом, не существующим без тела. Специфика психастенической реалистичности в ее чувственно-жухлой изначальной тревожности-дефензивности с мягкой деперсонализационностью (выражающейся неуверенностью в своих чувствах, чувством неестественности, неспособностью цельно-чувственно переживать), компенсируемой, по возможности, углубленным реалистическим (не аутистическим) анализом, сплетенным из патологических тревожных сомнений (психастеническая павловская «второсигнальность»), стремлением мыслительно разобраться («разложить по полочкам») в том, чего не чувствует сердце. Тревожное переживание своей характерологической защищающей от ранящих прикосновений действительности деперсонализационной эмоциональной неестественности, неполноценности со склонностью реалистически-аналитически (нравст-

венно-этически, ипохондрически) рассматривать в себе эту неестественность при публичных выступлениях, в общении, особенно с малознакомыми людьми, и составляет основу, ствол внутри психастенической кроны застенчивости, робости, рассеянности, нерешительности, неуверенности, склонности к болезненным сомнениям, непрактичности, самоанализа с самообвинением. Из этого специфического ядерного психастенического узла возможно вывести разнообразные психастенические свойства, расстройства (ипохондрические, нравственно-этические, трудности общения и т. д.) и возможности клинико-психотерапевтической помощи, способствующей оживлению, совершенствованию природной защиты.

Творчество не примитивного психастеника обнаруживает тревожно-деперсонализационную реалистичность его мышления и чувствования со склонностью к более или менее сложным мыслительным, психологическим нравственно-этическим переживаниям, тогда как астеник более художественно-лиричен в своей сенситивности.

4.2. О противоречивости в характере психастенических подростков и юношей (1971) [3)]

Противоречивость многих психастенических свойств, отмеченная уже, например, С.А. Сухановым (1905), особенно заметна в отрочестве и юности. Наш клинический материал — воспоминания 34 взрослых психастеников и их родственников.

Психастенический подросток, например, весьма стремится к аккуратности, порядку, системе (составляет каталог своих книг, собирает коллекции, тщательно конспектирует энтомологический том), но в другом нередко, из-за лени, астеничности оказывается неряхой (брошены на стул брюки, беспорядок на письменном столе). Вот отправляется в театр психастеническая девочка, изрядно повозившись со своей прической, юбкой, а уши грязные. Следует подчеркнуть, что психастеник, однако, весьма переживает свое неряшество в отличие от, например, любителей художественного беспорядка. Он, по природе своей, весьма неорганизован, хотя и стремится организовать себя, например, дневниками или планом дня в записной книжке.

Поранив слегка ногу, подросток с психастеническими свойствами характера, нередко ипохондрически опасаясь

«заражения крови», много раз мажет рану лекарствами, не может оторвать от нее испуганных глаз и готов прощаться уже с жизнью, но завтра легкомысленно срезает грязным ножом свою бородавку. Или то самоуверенно, «с пеной у рта», доказывает то, в чем мало смыслит, то стесняется утверждать хорошо ему известное. Отличаясь осторожностью, недоверчивостью, вдруг чересчур доверится кому-то и клянет потом себя за ненужную откровенность. Деликатный, сдержанный, он внутренне весьма раздражителен и, если его оскорбят, эта раздражительность может проявиться даже в «рукоприкладстве». Вместе с тем он чрезвычайно долго может мучиться, пока, наконец, родители отчетливо не простят его за какой-то проступок. Неприятно, тягостно ему, когда его при всех хвалят, но в одиночестве рассматривать свою похвальную грамоту или где-то читать про себя хвалебное — ему доставляет большое удовольствие.

Чем подробнее вглядываемся в пронизывающую психастеника противоречивость, тем отчетливее впечатление, что многие психастенические свойства (например, наклонность сомневаться и проверять, тревожность, деликатность, сдержанность, аккуратность, ипохондричность) есть в некотором роде защитное явление, компенсирующее психастеническую рассеянность. Так, многочисленные построенные на сомнениях проверки порой весьма компенсируют рассеянность, от которой психастеник действительно, бывает, оставляет, уходя из дома, чайник на огне.

Самокритическое «размышляющее» недовольство своими промахами способствует компенсаторному обрастанию взрослеющего психастеника наклонностью проверять, тревожиться и пр., подобно тому, как неприятные нравственные качества приспосабливающегося к жизни безнравственного эпилептоида обрастают «сахаром» и услужливостью. Потому чем взрослее и зрелее психастеник, тем меньше в его поведении противоречивости. В пожилые годы, когда по известным причинам рассеянность еще более увеличивается, усиливается и скрупулезность, педантизм. Механически разрушать разнообразные психастенические «щиты» лекарствами, внушением — видимо, то же, что сбивать жаропонижающим температуру, облегчая жизнь микробу. Путь врача тут, как и всюду, — прежде всего подробней понять, как приспосабливается к своим трудностям сам больной, и помочь ему приспособиться менее болезненно. Психастенику можно помочь основательно, главным образом, разъяснительной терапией: «познав самого себя», он приспосабливается сознательнее, становится практичнее.

4.3. О психотерапии сверхкомпенсации психастеников и психастеноподобных пациентов (1973) [9)]

Некоторые психастеники и другие дефензивы, особенно в молодости, презирая в себе застенчивость, совестливость, нерешительность, душевную доброту и т. п., пытаются спрятать от людей эти душевные свойства и «перебарщивают», играя свою противоположность, например, сверхрешительного черствого нахала. Неловкий, не уверенный в себе юноша занимается отвратительным ему боксом, дерется, ходит в пьяные компании и т. п. Таковы, кстати, Пьер Безухов, Нехлюдов Льва Толстого. К.С. Станиславский интересно замечает в этом смысле о молодом А.П. Чехове: «Привычка ли глядеть поверх говорящего с ним или суетливая манера ежеминутно поправлять пенсне делали его в моих глазах надменным и неискренним, но на самом деле все это происходило от милой застенчивости, которой я в то время уловить не мог»*. С.А. Суханов (1912, с. 14) отметил еще, что «иной раз, даже наоборот, психастеник производит на окружающих совсем иное, прямо противоположное впечатление». «Ложными формами компенсации» называл это А.М. Халецкий (1950, с. 282). Добротно, живо клинически описала такое поведение психастеников Н.К. Шубина (1965, с. 143).

Весьма важно, что от этого «перебарщивания» психастеник (психастеноподобный), от природы совестливый, страдает часто острее, чем от своей робости. Вот он стесняется пригласить девушку танцевать, «мнется» у стены, но из-за насмешек товарищей все-таки шагает к ней «деревянными» ногами и, пытаясь сделать безразличное лицо, предлагает: «Пошли, крошка, попляшем!» Если девушка не в восторге, этот «нахал от застенчивости» бежит прочь, по уши покраснев, проклиная свою грубость, глупость, не спит ночь — казнит себя. Часто такие юноши специально перед зеркалом вырабатывают на лице маску злости или жестокости. По этой причине школьный товарищ одной пациентки написал про нее в юности в ее дневник: «любить можно, но страшно». Такой нерешительный трус вполне может ударить человека, на которого сердит: вопреки пословице «семь раз отмерь — один раз отрежь», он «отрезает» сразу, чтобы не мерить тысячу раз, не мучиться нерешительностью**.

---

* *Станиславский К.С.* А.П. Чехов в художественном театре // А.П. Чехов в воспоминаниях современников. М.: Государственное издательство художественной литературы, 1960. С. 372.

** Встречается подобная ложная компенсация (сверхкомпенсация) и при психастеноподобных состояниях, например, шизоидного или эпилептического, шизофренического происхождения.

Между тем, нередко эта пагубная сверхкомпенсация типа «искусственный нахал», как и другие виды психастенической (психастеноподобной) сверхкомпенсации (например, излишняя скрупулезность — в борьбе с рассеянностью и внутренней неорганизованностью), основательно ослабевает, делается разумной компенсацией, если сражающемуся со своей застенчивостью юноше помочь понять эти внутренние, часто неосознанные, относительно приспособительные мотивы его поведения. «Послушайте, — говорю пациенту, — ведь совестливость, застенчивость, деликатность, доброта есть прекрасные свойства, это известно всем, и некоторые люди, не имеющие этих свойств, даже пытаются представлять их искусственно. Вы же прячете их и, еще хуже, прикрываете противоположным. Ваше «петушество» образуется из того, что вам непременно хочется быть «как все», но под всеми понимаете вы только людей, не похожих на себя и, главным образом, тех, с которыми трудно вам ладить». Весьма помогает тут, среди прочей разъяснительной «просветительной» терапии такого рода (Бурно М., 1970; в наст. издании — работа 3.3), не спеша разобрать с пациентом в подробностях подобное поведение психастенических героев художественных книг, чтобы, как в зеркале, увидел себя с этой несколько смешной стороны. Например, обычно убедительно сильно действует на пациента место в толстовском «Воскресении», где Нехлюдов соблазняет Катюшу. «Нехлюдов пустил ее, и ему стало на мгновенье не только неловко и стыдно, но гадко на себя. Ему бы надо было поверить себе, но он не понял, что эта неловкость и стыд были самые добрые чувства его души, просившиеся наружу, а напротив, ему показалось, что это говорит в нем его глупость, что надо делать, как все делают»*. Сверхкомпенсацией пронизаны лермонтовский Печорин, многие чеховские герои.

Весьма важно для психиатра-психотерапевта, что иногда даже психастеники и психастеноподобные пациенты среднего возраста, но с некоторой незрелостью, склонные к сверхкомпенсации, долгие годы, при всем своем кропотливом самоанализе, не осознают причин собственной напускной грубости, внешней самоуверенности и т. п. и заметно смягчаются, разобравшись в несправедливой своей ненависти к психастеническому.

Привожу тут в качестве иллюстрации, с разрешения пациента К.**, отрывки из его писем.

---

* *Толстой Л.Н.* Собр. соч. Т. 13. М.: Художественная литература, 1964. С. 69.

** См. о К. — Бурно М., 1977 (в наст. издании — работа 3.4).



«Стеснительность и робость (и плохая вегетатика) мешали мне утверждать себя в среде ребят и девушек, и я тогда (в 14 лет. — *М. Б.*) стал замыкаться. Я тогда вздумал «усовершенствовать» себя. Стал дома усиленно «качать силу» каждый день (делать силовую гимнастику) и добился кое-чего. (...) Тогда же я пытался выработать на лице маску злобности, чтобы за ней скрыть стеснительность и боязливость. Все это я делал перед зеркалом, тренируя злобный взгляд». «Зачем я ее только возненавидел? (свою стеснительность. — *М. Б.*) Я видел немало людей со стеснительностью, которые добивались, не скрывая ее, того, что я хотел. В школе я в 5—7 классах слыл «трудным», так как выделывал всякие штуки. То чернила испорчу в чернильницах (...), то взрыв какой-нибудь сделаю (...). Хулиганские поступки тоже были, как мне кажется, ширмой. Я идеализировал тогда качества тех ребят, которые меня дразнили и били. Можно еще раз пожалеть, что тогда не было у меня подходящей среды сверстников. Я не был, мне кажется, злым по натуре. Двоюродная сестра говорила, что сердце у меня доброе, но что я ожесточился». «...В тот же период шла как-то мне навстречу компания. Девушка сказала: «Скромный, стеснительный мальчик». Я тогда (...) сделал злое лицо и, демонстрируя его (мое злое лицо), прошел мимо. Девушка, кажется, засмеялась. Потом и я, и компания подошли к продавщице газированной воды, и я нарочито грубым и громким голосом (чтобы эта девушка слышала) попросил воды. Я страшно боялся казаться скромным и стеснительным. (...) Порой, после того, как я видел смущение человека от слишком злого моего глядения на него, у меня в душе появлялось, с одной стороны, чувство удовлетворения от того, что он смутился, а с другой стороны, как бы виноватости перед ним, и, если мне потом надо было заговорить с ним, я своим тоном, своим вниманием к нему хотел показать свою доброжелательность к нему. В общем, эта сверхкомпенсация формировала стену отчуждения между мной и большинством людей, а цель-то ее ведь была в том, чтобы люди меня признали как личность, как полноценную личность, я же добился обратного». «Форма удовлетворения моего самолюбия — сверхкомпенсация как подражание элементам облика и поведения хулиганистых личностей — пришла в конфликт с моей чувствительной совестливостью». «Пожалуй, самый большой недостаток в моем воспитании — это то, что я любовь, деликатность, мягкость, искреннее уважение, доброжелательность считал недостатками и все следы их вытравлял из себя».

«Ваши приемы психотерапии действуют довольно своеобразно. Они приводят к постепенной, почти незаметной

(как движение солнца, если пытаться за ним следить) эрозии ненужных черт личности». «У меня сейчас такое чувство, как будто бы кто-то забрался под скорлупу, которую я сформировал, и постепенно ворошит и разрушает то, что ее поддерживает (я, конечно, выразился образно). Моя беда была в том, что никто меня лет до 12–14 не научил считать доброту великой силой. Передо мной не было примеров (рядом со мной), достойных в этом отношении подражания. Этот пример благодаря Вам появился, это Чехов». «...Книги о Чехове и его книги — ценная для психотерапии вещь. Ведь у меня, как и у него, была сверхкомпенсация, а он от нее, можно сказать, освободился, воспитывая положительное в себе...» «Я думал над тем, что же главное в самовоспитании Чехова. Мне кажется, что главное — выдавливание из себя раба через приобретение (усиление имеющихся) положительных качеств отношения к людям. Я же лет в 14, в период полового созревания, пошел обратным путем, т. е. стал насаждать в себе грубость, неуважение к людям, жестокость, недоверие, злобность, самовосхваление». «Чехов мне все больше и больше нравится. Я сейчас читаю его письма и получаю и удовольствие, и облегчение».

4.4. О психотерапии психастенических болезненных сомнений (1972) [5)]

П.Б. Ганнушкин (1907, с. 433) считал одной из главных психастенических черт «постоянную склонность к сомнениям». Сомнение, в отличие от нерешительности (трудности выбора), тоже свойственной психастенику, есть величина логическая (столкновение суждений) и в выраженном, болезненном виде встречается лишь у второсигнальных (мыслительных) натур. Болезненность сказывается в том, что сомнения эти, касающиеся главным образом здоровья, совести, благополучия психастеника или близких его, весьма тягостны и возникают по всякому пустяку. Если какоенибудь сомнение и подтвердится жизнью, то все равно оно существует среди обилия мучительных «холостых» сомнений. Болезненные сомнения психастеников нередко включают в навязчивые мысли. Последние возникают и у психастеников, но чаще на другой почве. По классическому определению навязчивостей Карла Вестфаля (Westphal, 1877), человек не сомневается в бессмысленности содержания своей навязчивой мысли. Страдающий навязчивыми мыслями, например о том, что болен сифилисом, далеко не всегда просит (или хочет просить) у венерологов исследований. Если

он и обращается к венерологу, то, как правило, не для того, чтоб разубедили его, а с надеждой: может быть, после исследования отпадут навязчивости. Лечение разъяснением, убеждением часто не дает здесь эффекта, поскольку пациент убежден, что нет оснований подозревать у себя сифилис. Пациент не считает эту мысль «пустой» лишь иногда, когда острой эмоцией парализуется критика, мышление вообще. Психастеник часто понимает, что скорее всего сифилиса у него нет, «но если б знать *точно*, что нет!» Даже маленькая неопределенность по этому поводу повергает его в панику или в уныние; он видит теперь мир сквозь эти тягостные для него сомнения. Склонность тревожно думать далеко вперед рисует ему, например, провалившийся нос, ужас и отвращение к нему близких, как уедет от позора в глухую деревню с единственным теперь искренним другом-псом ждать там прогрессивного паралича, который возможен, как он где-то вычитал, и у леченых сифилитиков. Деликатный, мягкий, он надоедает венерологам; робкий, боящийся боли, способен «пробить» несколько лабораторий, чтобы сверить анализы (вассермановская реакция). Психотерапевтическая помощь здесь заключается в том, чтобы доказать больному, что у него нет оснований думать о венерической болезни.

Исключив прежде всего действительное соматическое серьезное заболевание (сифилис), в сомнительных случаях, понятно, с помощью специалистов, следует четко рассказать пациенту клинику сифилиса, показать кожно-венерологический атлас. В большинстве случаев удается таким образом разрешить мучительные ипохондрические сомнения психастеника буквально в несколько минут.

При подробном знакомстве пациента с венерологической литературой болезненные сомнения уходят нередко лишь с постановкой самой точной лабораторной реакции на сифилис — реакции иммобилизации бледных трепонем (РИБТ). Или психастенический ипохондрик, например, десятки раз в день тщательно прощупывает свой живот из-за сомнения: вдруг все-таки на этот раз нащупается там страшная опухоль. Или, имея дело с раковым больным, психастеник до шелушения моет руки от сомнения: вдруг, кто знает, возможно все-таки заразиться раком.

Подобного рода ипохондрия — не навязчивая, не сверхценная, не депрессивная, не бредовая, а совершенно особая по структуре и способам лечения — ипохондрия «сомневающаяся». Она возникает чаще всего у психастеников. Психастенические ипохондрики нередко называют свои сомнения навязчивостями, чтобы не подумали о бреде, но врачу сле-

дует тщательно различать навязчивости и сомнения, чтобы лечить болезненные сомнения главным образом разубеждением, а навязчивости — лекарствами, поведенческими методами, аутотренингом, самовнушением, внушением, отвлечением и другими (не разубеждающими) воздействиями.

Вот характерный случай с психастеническим ипохондрическим врачом. Увязалась за ним по пятам собачонка, и «почувствовал секунду на своей икре, через брюки, ее лапки, может быть, нос». Стал размышлять, могла ли попасть на кожу ноги сквозь брюки собачья слюна («вдруг бешеная»). Отыскивает тщательно ранки на икре, однако при этом следит, чтобы не заметил его никто за таким смешным занятием. Пугается «красного пупырышка» на ноге — вдруг в него всосалась слюна. Понимает, что это весьма маловероятно, но «хоть в одной миллионной части случаев ведь вероятно». Просит сообщить ему через десять дней (срок инкубации) телеграммой в другой город о здоровье собаки. Ипохондрические сомнения и уныние оставляют его только после благополучной телеграммы. Потом, смеясь над собой, вспоминает этот случай. Тут опять нет навязчивостей, а только болезненные тревожные сомнения. Вряд ли, думается, следует называть, как бывает, эти сомнения навязчивыми: при навязчивом сомнении (вариант навязчивости) человек не сомневается, что сомневается в чем-то зря (пример: «не случится ли со мной неприятность, если не сосчитаю окна этого дома?»).

П.Б. Ганнушкин (1907, с. 440) подчеркнул, что страхи и сомнения психастеников (например, ипохондрические) обыкновенно не бывают навязчивыми: больной не понимает их как нечто болезненное, чуждое ему, не борется с ними. По П.Б. Ганнушкину, впервые основательно отграничил «этот симптом от навязчивых идей» пражский профессор Пик в 1902 г. Бредовые и сверхценные идеи, не свойственные психастеникам, отличаются от болезненных сомнений прежде всего моментом убежденности, неподатливостью разъяснению.

Итак, пациент с навязчивостями требует главным образом поведенческой, суггестивной, отвлекающей или лекарственной терапии, а психастенику с болезненными сомнениями помочь удается, как правило, лишь разъяснением. Вдумчиво-трезвое, логичное объяснение врача обычно довольно быстро снимает, например, ипохондрические сомнения, оставляя, понятно, психастеническую почву, на которой эти болезненные сомнения (пусть другого содержания) легко возникают снова при соответствующих обстоятельствах. Поэтому психастеническому ипохондрическому пациен-

ту следует неутомимо разъяснять особенности его душевного склада (склонность к сомнениям и проч.), дабы научить его во многих случаях жизни делать трезвую скидку на свою психастеничность. Вместе с тем желательно ослабить тревожные корни сомнений творческой увлеченностью.

4.5. О психотерапии нарушений сна у психастеников (1974)* [14)]

Инертность психастеника сказывается не только в том, что ему особенно трудно (в сравнении, например, с циклоидными или истерическими натурами) стряхнуть с себя сонливость, но и в том, что, чуть возбудившись каким-то событием, он не может обыкновенно успокоиться, чтобы заснуть, и психастенически это событие «пережевывает». Бессонница тут проникнута личностными психастеническими механизмами: в темноте постели идет мыслительное, без первосигнальной красочности образов, «проигрывание» заново прожитого дня. В голову приходит, что человек, наверно, обиделся на такое-то его слово, а другой — на другое, и охватывает стыд, досада, прошибает пот, скорей бы прошла ночь, чтоб узнать, обиделись на него или нет, и, если обиделись, горячо раскаяться. В ночной тишине, особенно с закрытыми глазами, всякий пустяк становится для психастеника болезненно-нравственной проблемой: не слишком ли категорически высказался на собрании, не слишком ли сухое написал родственнику письмо, не слишком ли больно шлепнул кота за «свинство» и т. п. — и все с неприязнью к себе и с острой жалостью к другим. Подобным образом вязнут ночью в этом «кошачьем горе» немцев (Katzen jammer) не только психастеники, но и пациенты с психастеноподобными расстройствами циклоидного, шизоидного, органического и другого генеза Френсис Дарвин, сын великого психастенического естествоиспытателя, рассказывая, как отец ночью «часами лежал без сна или сидел в постели в очень беспокойном состоянии», характерно замечает: «Ночью его преследовало и все то, что досаждало ему или беспокоило в течение дня; думаю, что именно ночью он мучился от того, что не ответил какому-нибудь надоедливому корреспонденту»**. Диссомническое психастеническое «проигрывание» жизни, однако, не исчерпывается самообвинением. Психастеник находит ночью наказание, «уничтожающие» слова обидчику или не спит, «пережевывая» какую-то

* В соавторстве с А.А. Журавлевой, Л.М. Мочкиной, А.Н. Мочкиным.
** *Дарвин Ч.* Сочинения. Т. 9, М.: АН СССР, 1959, с. 321.

радость. В предэкзаменационную бессонницу психастеник задает себе мысленно десятки вопросов и, не ответив хотя бы на один, вскакивает, чтобы почитать в учебнике, в подробностях начинает представлять, как не сдаст экзамен, вылетит из института; он заранее утешает себя тем, что способен довольствоваться скромным положением в жизни: выучится на шофера, уедет в глушь чернорабочим или сторожем, чтобы приносить пользу людям по мере сил.

Или бессонница производится каким-то устрашающим представлением (воспоминанием). Бывает, вдруг вспомнится психастенической матери, как стояла с маленьким ребенком на руках у открытого окна на девятом этаже, и невольно представляется, как ребенок мог бы рвануться слепо из ее рук в окно, выпасть — и вот несется вниз с неимоверной высоты. Женщину бросает в жар, в пот, колотится сердце. Или представится ей, что, играя с ребенком, вдруг могла бы случайно откусить ему нос. У мужчин и бездетных женщин подобные представления чаще ипохондрического содержания («вдруг у меня белокровие?» и т. п.). Или представляется, как мыл окно на восьмом этаже и мог поскользнуться и полететь вниз. Подобные, часто чудовищные, но все же не нелепые представления, пронизанные острым страхом, происходят от множества предположений: «а вдруг...». Эти представления (воспоминания), весьма легко возникающие на психастенической или психастеноподобной почве, особенно при некоторой ночной приторможенности, не следует считать навязчивыми в строгом смысле термина: больной не убежден в нелепости, беспочвенности своего страха, даже когда страх уходит, такое все-таки могло бы произойти или может произойти в будущем. При истинных навязчивостях дело обстоит иначе: при навязчивых представлениях (воспоминаниях) больной убежден, особенно успокоившись, что картина представления (воспоминания) не имеет отношения к реальности, инородна его душевному складу. Например, навязчивое представление о том, как жена изменяет ему с маленьким сыном, представляется «стопроцентным идиотством» и не отражается на его отношении к жене, в то время как психастеник, например, на всякий случай держится подальше от окон на высоком этаже. Эта тонкая, но отчетливая разница между подобными психастеническими устрашающими представлениями (воспоминаниями) и истинными навязчивостями подкрепляется и ex juvantibus: истинная навязчивость при углублении в нее по своей воле* смягчается, а психастеническое устрашающее представление усиливается

* Метод «парадоксальной интенции» Франкла.

до жути и вегетативного шквала. Ганс Вейтбрехт (1968, s. 25), называя то и другое навязчивыми представлениями (Zwangsvorstellungen), подчеркивает, что навязчивость выражается здесь в том, что «больной не может избавиться от представления» (например, отвратительной ему картины повешенного). Но ведь больному бывает трудно избавиться не только от навязчивости, но и от депрессии, от неприятных ощущений в теле и пр.

Психастеническая бессонница часто возникает, когда необходимо проснуться ни в коем случае не позже какого-то часа. Психастенику при этом нередко снится, что проспал, вскакивает испуганно много раз, хватая часы. По этому поводу П.Б. Ганнушкин (1907, с. 436) отмечал, что назначение какого-нибудь определенного срока, к которому должно быть окончено то или это, мешает психастенику спокойно действовать и спать (психастеник «не будет спокойно спать, если он знает, что наутро он должен непременно рано встать»; в то же время он «будет спать совершенно спокойно и встанет так же рано — в том случае, если он знает, что может встать, когда захочет»). Будильник часто не спасает психастеника от тревожной бессонницы с боязнью проспать: теперь он просыпается то и дело с опасением, не остановился ли будильник, не забыл ли завести звонок, наконец, просыпается задолго до звонка, боясь резкого звука, и ждет его с открытыми глазами.

Или, например, психастеническая девочка не может заснуть, тревожась, не умрет ли ночью старая бабушка, встает, подходит к ее кровати, смотрит, как она спит. Потом также боится за мужа. Прислушивается к дыханию, смотрит, поднимается ли одеяло на груди спящего. Если же муж болен, особенно упорно думается: «вдруг умрет?» Представляются похороны и как потом без него будет жить.

Особенно в молодости мучают психастеника перед засыпанием гипнагогические галлюцинации: будто кто-то что-то сказал за стеной или какое-то цветное кружение на темном фоне, например, как рассказала одна пациентка, вертящийся желто-оранжевый диск, как сердцевина ириса, с приторно-сладковатым запахом, очень знакомым, но трудно вспомнить, что это. При этом психастеник нередко пугается, что сходит с ума.

В холодном поту, с гулко бьющимися сердцем просыпается нередко психастеник и от дурного сновидения: например, мать потеряла в толпе ребенка, не может найти, плачет от горя и беспомощности.

Таким образом, психастеническая бессонница в отличие, например, от шизофренической, почти не бывает пустой:

она «заряжена» либо болезненно-нравственным самоанализом, либо страхом неблагополучия, либо боязнью проспать и т. п. Объяснение психастенических нарушений сна «типологической инертностью основных нервных процессов», которая «выступает в сочетании с преобладанием торможения, слабостью основных нервных процессов и утрированным преобладанием второй сигнальной системы» (Первомайский В., 1972, с. 201) есть, конечно, лишь грубый физиологический скелет, вдетый в психастеническую психопатологическую драму, существо которой в тонком, запутанном, во многом не осознанном пациентами конфликте болезненно ранимого аналитического самолюбия, честолюбия (внешне скромного, тайного даже перед самим собой) с горьким чувством малоценности, застенчивости.

«Домашние» психотерапевтические способы редко помогают психастенику уснуть. Например, начнет он считать «белых слонов» — и вскоре по психастенической неотчетливости и малокрасочности образов ему приходится напрячься, чтобы представить отчетливо хобот, ноги слона, и идут сомнения: почему именно слоны, а не мыши? почему белые? Бросив слонов, считает до ста, и вдруг отвлекается каким-то воспоминанием. В панике думает о снотворном, но боится побочных действий, токсикомании и т. д.

В.Б. Первомайский довольно смело рекомендует при психастенических нарушениях сна ноксирон, седуксен, бром с кофеином. Думается, что по причине психастенической ипохондричности следует оставить эти рекомендации лишь для крайних случаев. С В.Б. Первомайским нельзя не согласиться в том, что «наиболее положительный эффект» наступает тут «в процессе лечения самого заболевания». Однако для этого предлагаются общеукрепляющая, стимулирующая терапия, режим — и ни слова о психотерапии. Думается, главное в лечение психастении и, в частности, психастенических нарушений сна — в психотерапевтическом вмешательстве. Наш материал — более 40 случаев. Психастенику следует в подробностях разъяснить, помочь осознать душевный его конфликт, но не сказочно-психоаналитически, а с трезвой, научной тонкостью. Мы воспитываем у пациентов, подробно разъясняя им их психастенические особенности, спокойное отношение к нарушениям сна. Психастеник, понимающий свою бессонницу как естественную для него реакцию в данных обстоятельствах, уже не напряжен так тревожно в ожидании, например, помешательства. «Ну и не сплю,— размышляет он. — Ну и что! Сяду и почитаю. А завтра высплюсь». Ф.Б. Березин, О.А. Колосова, В.С. Ротенберг (1972,

с. 107), изучая связь психопатологической структуры с характером нарушения сна (с помощью теста MMPI и полиграфического исследования ночного сна в течение трех последовательных ночей), отмечают, что у психастеников больше жалоб, чем объективных расстройств, и предполагают, что объясняется это тревожной мнительностью. К этому можем добавить, что психастенику свойственно «отсыпаться» после одной или нескольких «плохих» ночей. Достаточно ему даже без бессонницы, по причине срочных дел, недоспать час из его обычных 8–9 часов ночного сна, как в следующую ночь ему требуется на час больше. Пусть будут известны пациенту и эта «спасительная» инертность, и сравнительная объективная («установленная приборами») незначительность нарушений сна при психастении. Осознание моментов, участвующих в происхождении бессонной психастенической драмы, осознание собственной склонности к тревожным сомнениям, поднимающей его над трезвой чувственностью, над непосредственным, наивно-свежим и точным ощущением процессов в своем организме (в том числе при нарушениях сна) — все это основательно смягчает напряженность от неизвестности. В научно-трезвой попытке практически помочь пациенту подробно осознать то, что его мучает, и, осознав, успокоиться, понимающе пересмотреть многое у себя и других* — кроется еще не изученная и немалая психотерапевтическая сила.

Другие психотерапевтические приемы, направленные на психастенические нарушения сна, — самовнушение по Э. Куэ, аутогенная тренировка, внушение («сможете спокойно спать ночью») в удлиненном гипнотическом сне (В.Е. Рожнов) — есть добротные дополнительные, симптоматические средства.

4.6. Краткая история учения о психастенической психопатии и патологических (болезненных) сомнениях (1974) [10)]

«Психастения» (или «психастенический психоневроз») в описаниях Жане (1903, 1911) и Раймонда (1903, 1910), как не раз справедливо отмечалось (Hartenberg, 1908; Каннабих, 1914, с. 205; Юдин, 1926, с. 98; Осипов, 1931, с. 563; Зи-

---

* Так, например, понимающая мать не сердится на малыша за его бескорыстною возрастную ложь, основанную на первосигнальной склонности к фантазиям с верой в них.

новьев, 1931, с. 84; Озерецковский, 1950, с. 7), в наше время есть понятие собирательное. Оно растворяет в себе психастеническую психопатию в нынешнем понимании и многие психастеноподобные состояния (невроз навязчивости, астеническую психопатию, психастеноподобные картины шизофрении, эпилепсии, органического заболевания мозга и циркулярного психоза, психастеноподобные шизоидные и циклоидные варианты, болезненные влечения). Так, «психастеники» Жане (1911) испытывают сплошь и рядом отнюдь не психастенические ощущения: «чувствуют будто “лягушек, ползающих по их спине, языки отвратительных животных, лижущих их, червей, сгнившие кишки, скользящие по их телу”» и т. д. Или больной «боится, что, вдыхая в себя запах, он “вводит в нос маленьких животных, которые дойдут до мозга”» (с. 149–150). Деперсонализационно-дереализационные расстройства «психастеников» Жане также не укладываются в пограничные: больные чувствуют, что мир отделен от них невидимой стеной, «о которой они постоянно только и говорят. “Я плыву в межпланетном пространстве, я отделен от мира своего рода космической изоляцией”» (с. 151). С.А. Суханов (1905, 1912) понимал психастению у́же, чем Жане и Раймонд. Он исключал из нее эпилептические, органические состояния, болезненные влечения. Но и его «психастения» была весьма широкой. В описаниях Суханова (1912) среди обилия выразительно-тонко схваченных истинно психастенических деталей встречается сплошь и рядом явно не психастеническое. Например, мальчик, которому с «галлюцинаторной окраской» ясно рисуется ряд голых мужчин (с. 41). Или молодой человек, который, дабы избавиться от боязни быть заживо погребенным, «должен был проехать по конно-железной дороге в определенном направлении, в определенном костюме и успеть произнести фразу определенного содержания в определенном месте» (с. 40). Т.И. Юдин (1926) отграничивает от психастеников психастеноподобных сенситивных шизоидов Кречмера: «Сенситивность психастеников иная, чем сенситивность шизоидов: в ней больше простоты, больше непосредственного чувства, больше мягкости; тревога у астеников больше эмоциональна, а у шизоидов более холодна; в них нет шизоидного “прощаю все другим, но не прощаю себе”, нет замкнутости шизоидов и т. п.» (с. 99). М.О. Гуревич и М.Я. Серейский (1928) говорят о дифференциальном диагнозе между психастенией, циркулярным психозом и шизофренией. Д.С. Озерецковский (1950) обстоятельно, четко отграничивает от психастении шизофрению, циркулярный психоз, эпилепсию, органический мозговой процесс с навязчивыми состояниями. Однако «психастения»

указанных авторов не есть психастеническая психопатия в понимании Ганнушкина. Ганнушкин и Суханов в известной работе 1902 года «К учению о навязчивых идеях» еще до книги Жане (1903) описали краткими штрихами похожую на психастеническую психопатию «конституцию навязчивых идей», в которой «навязчивые идеи составляют сущность страдания». Позднее С. А. Суханов (1905) описал более подробно «легкую форму навязчивых состояний» — «тревожно-мнительный характер», могущий количественно перерастать в psychopathia ideo-obsessiva и затем в psychosis ideo-obsessiva. Эти три состояния «суть проявления, различные по своей интенсивности, прирожденной нервно-психической организации, а не приобретенной (constitutio ideo-obsessiva) (с. 109). Уже на уровне «тревожно-мнительного характера» возникают отдельные навязчивости (навязчивые мысли, представления, страхи); при психопатии такого рода навязчивости выражены резко, мешают, а при психозе больной не может с ними справиться (с. 114). В работе 1912 г. Суханов патологические проявления «конституции навязчивых идей» (психопатия, психоз) объединяет термином «психоневроз, психастения», и этот психоневроз может быть то более, то менее выраженным. Отчетливо сказано, что основное страдание психастеника — навязчивые состояния на почве «тревожно-мнительного характера», который отождествляется теперь с психастеническим (т. к. тревожно-мнительный характер — основа «психастении») (с. 19). Если же навязчивые состояния затухают, «психастения» обнаруживается лишь в виде «тревожно-мнительного характера» — несомненной почвы для навязчивостей (с. 42). Описываются тут яркие, истинные навязчивости (если, конечно, это не бред): например, «больной боится заразы тогда даже, когда она не может иметь места, когда она совсем невозможна» (с. 28). Основное психастеническое болезненное страдание, как и при «психастении Жане и Раймонда», здесь — навязчивости. Ганнушкин понимал дело иначе.

В 1907 г. появляется статья Ганнушкина «Психастенический характер», где впервые с убедительной отчетливостью описывается психастенический психопат в современном понимании. Вопреки своему прежнему мнению, высказанному совместно с Сухановым (1902), о том, что «психастения» в понимании Жане и Раймонда и психастенический характер «должны считаться проявлением одной и той же конституции, именно конституции навязчивых идей», Ганнушкин теперь подчеркивает, что «навязчивой идея может называться только тогда, когда самим субъектом она сознается как неправильная, болезненная, когда субъект борется с ней».

Такого рода действительные навязчивости тоже могут, по Ганнушкину, встречаться у психастеников, но, несомненно, «многие идеи и представления психастеников вовсе не обладают вышеуказанными элементами навязчивости, хотя, несмотря на это, все же не отличаются и не отграничиваются многими психиатрами от обсессий, т. е. от навязчивых мыслей»; «термину — навязчивая мысль, навязчивое представление — дается часто слишком широкое толкование, и это, думается нам, совершенно неправильно». Многие психастенические расстройства (болезненные сомнения, страхи и т. д.), часто обозначаемые как навязчивости, в действительности к навязчивостям не имеют отношения. «Образчиком такого рода мыслей может быть идея ипохондрического характера, которая обыкновенно не бывает навязчивой; она обыкновенно является интегральной частью сознания больного, больной не третирует ее как нечто болезненное, чуждое ему, не борется с ней*; таковыми же очень часто бывают и различного рода страхи и сомнения психастеников, которые, к сожалению, далеко не всегда отграничиваются от действительных навязчивых страхов» (с. 440). Так, например, страх заражения может быть истинно навязчивым, а может быть «понятным, привычным, обыкновенным» для больного в связи с его «определенной психической физиономией». В последнем случае этот страх (опасение) также есть психопатологический феномен, но не навязчивость. Таким образом, Ганнушкин прямо указывает на различие между навязчивым страхом и типично психастеническим страхом, основанном на болезненных, в данном случае ипохондрических, сомнениях. Это различие, думается, становится очевидным особенно в процессе психотерапии: в случае психастенических сомнений (опасений) обычно достаточно убедительно разъяснить больному их безосновательность, и эти сомнения уходят; в случае же навязчивых сомнений пациент сам хорошо понимает их бессмысленность, но не может от них отделаться. Точно так же психастеник может проверять по нескольку раз, запер ли он дверь или газовый кран, не навязчиво, а мучимый болезненным сомнением, компенсаторно обусловленным, в частности, свойственными ему чувственной блеклостью (слабой способностью, например, сохранить чувственное впечатление того, что запер

* «Отличием от бредовой идеи, конечно, служит то обстоятельство, что больной поддается разубеждению». — *Прим. П.Б. Ганнушкина.*

** О практической психотерапевтической важности отличия патологического (болезненного) сомнения от навязчивого писал и прежде (напр., Бурно М., 1973; в наст. издании — работа 4.4).

дверь) и действительной рассеянностью**. Указанная выше статья Ганнушкина (1907) частично вошла в его книгу «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» (1933), однако без упомянутых весьма ценных дифференциально-диагностических уточнений. Поэтому, видимо, они и малоизвестны специалистам. Следует также подчеркнуть, что если в статье, вышедшей в 1907 г., П.Б. Ганнушкин еще отмечает, что патологическому психастеническому характеру соответствует невроз «психастения» в смысле Жане и Раймонда, то в книге (1933; книга вошла в «Избранные труды» Ганнушкина [1964], см. Список литературы) психастеник уже твердо обозначен как психопат, причем он отграничивается от астенического психопата и конституционального неврастеника (неврастенического психопата) большей сложностью и тонкостью болезненных проявлений — склонностью к сомнениям, самоанализу, болезненными духовно-нравственными переживаниями. Психастеник отличается свойственными ему особенностями динамики, о неврозе «психастения» здесь уже нет речи, а «развитие с выявлением обсессий (навязчивые состояния)» рассматривается как «результат патологического развития некоторых групп психопатических личностей, преимущественно эмотивно-лабильных, астеников и шизоидов» (Ганнушкин, 1964, с. 221).

Таким образом, одной из основных черт психастеника (наряду с крайней нерешительностью и боязливостью) Ганнушкин считает наклонность к сомнениям, но не к навязчивостям*. Тем не менее при жизни Ганнушкина и после его смерти принято считать, даже близкими его соратниками, что склонность к навязчивостям «относится к самому существу психастении» (Гиляровский, 1935, с. 593), независимо от того, считают авторы психастеника психопатом или невротиком (Юдин, 1926; Осипов, 1931; Зиновьев, 1931; Озерецковский, 1950; Попов, 1958; Консторум, 1935; Хорошко, 1943). Так, М.О. Гуревич и М.Я. Серейский в первом издании «Учебника психиатрии» (1928, с. 361) с желающим книге успеха предисловием Ганнушкина отождествляют психастению с неврозом навязчивых состояний, начиная клиническое описание с того, что «в картине заболевания превалируют навязчивые представления и опасения». Далее

* В блестяще выписанном Ганнушкиным психастеническом самоанализе, являющемся по существу сцеплением тягостных, подробных, тревожных сомнений по поводу своего физического благополучия или межличностных отношений (этические сомнения), выразительно проглядывает позже открытая И.П. Павловым «второсигнальность», «мыслительность» болезненных переживаний психастеника.

идет классическое определение навязчивости и перечисление различных групп навязчивостей. Некоторые авторы, правда, описывая «навязчивости» у психастеников, явно чувствуют их отличие от истинных, например, невротических навязчивостей. Так, В.П. Осипов (1931, с. 563) полагает, что психастения характеризуется навязчивостями, «нередко достигающими бредового содержания, утраты критического к ним отношения». По мнению Н.К. Липгарт (1970, с. 8, 15), навязчивости при психастении «как бы вырастают из характерологических особенностей больных, в связи с чем критика у них несколько снижена и борьба носит по преимуществу пассивный характер». Мне представляется все это попыткой описать один из основных психастенических симптомов — болезненное сомнение (опасение), психопатологический феномен, кратко очерченный уже Ганнушкиным (1907) и фактически противопоставленный им навязчивости. При патологическом (болезненном) сомнении (опасении) вряд ли уместно говорить об утрате или снижении критики, так как для самого больного не исключено то, чего он так опасается. Здесь лишь сила переживания болезненна, неадекватна вероятности беды. Та же неопределенность понятия «психастенической навязчивости», видимо, побуждает и Н.В. Канторовича (1967, с. 143) говорить о «“сверхценных идеях” навязчивого характера» (по существу взаимоисключающие понятия). Наконец, Е.С. Матвеева (1972) отмечает у психастеников «патологические сомнения», которые характеризуются «своеобразием критического отношения к ним самих больных: пациенты описывали эту особенность характера как излишнюю, чрезмерную, но все же в некоторой степени обоснованную и объяснимую осторожность и неуверенность» (с. 9). Автор полагает, что эти «патологические сомнения» еще не навязчивость, а «готовность к навязчивостям», как будто бы болезненное сомнение, проникнутые им страхи, представления, сами по себе, без перехода в истинную навязчивость (у психастеника), недостаточно мучительны.

Важный шаг в уточнении психастенической психопатии был сделан И.П. Павловым. Независимо от Ганнушкина Павлов в работе «Типы высшей нервной деятельности в связи с неврозами и психозами и физиологический механизм невротических и психотических симптомов» (1935) описал психастеническую «второсигнальность» и соответственно чувственную («животную») слабость, блеклость, объяснив этим психастеническое отсутствие чувства реального, ощущение неполноты жизни, моторную неловкость и т. п. (Павлов, 1949, с. 210). Клинически тонко разбирая на «Средах»

(Павлов, 1955, с. 188) психастеников, больных неврозом навязчивых состояний, а также свой собственный психастенический характер, Павлов отметил, что психастеник в отличие от больных с неврозом навязчивых состояний страдает, главным образом, не от навязчивостей как таковых. Так, рассказывая о собственных переживаниях (взрослая дочь не пришла вовремя домой), Павлов подчеркивает, что не может успокоиться, поскольку «предается работе мысли» («может быть, попала под трамвай (дикая вещь!), может быть, она должна пройти через мост, схватит ее какой-нибудь мошенник и сбросит» и т. п.). Но Павлов понимал, что это не навязчивость («потому что все же возможны такие случаи»). В этом существо дела: психастеник не боится того, чего бояться совершенно бессмысленно. Так, В.В. Королев и Г.К. Ушаков (1973, с. 348) замечают о тревожности психастеников: «...Маленькая царапина на коже вызывает мысли о столбняке, путешествие на самолете или по железной дороге — мысли о катастрофе и гибели и т. д. Многие больные понимают необоснованность своих опасений и, хотя и безуспешно, пытаются от них отделаться». Здесь следует лишь уточнить, что «необоснованность своих опасений» осознается психастеником как *маловероятность* того, чего он боится. Убежденность в абсолютной невероятности плохого (например, сделали при царапине противостолбнячную сыворотку) тут же снимает болезненное сомнение. Пациент же с истинным навязчивым страхом высоты, самолета, болезни боится, как правило, не катастрофы, не смерти, а самого факта высоты, болезни и критичен полностью к такому истинно бессмысленному содержанию навязчивости. Отмеченную И.П. Павловым «второсигнальность» психастеников приняли почти все позднее писавшие о психастении отечественные авторы, даже те из них, кто понимал психастению в широком духе Жане и Раймонда (Хорошко, 1943; Канторович, 1967; Давиденков, 1963). Однако указанное Павловым существо психастенического страдания — болезненное тревожное сомнение (опасение) — не было отчетливо замечено. По-видимому, это было связано с тем, что ни Ганнушкин, ни Павлов не предложили отчетливо этот психопатологический термин «патологическое (болезненное) сомнение (опасение)» (в противовес навязчивости). И кроме того, возможно, очень трудно отделить болезненное сомнение от навязчивости (навязчивого сомнения) тому, кто сам этими болезненными сомнениями не страдает (см. о характере, переживаниях Ганнушкина у Юдина [1934, с. 23]).

Таким образом, можно считать, что существо психастенической психопатии описано Ганнушкиным и Павловым.

Несомненно, что Павлов называл психастеника невротиком (1949, с. 210), потому что, не вдаваясь в подробности психиатрической терминологии, термин «невроз», подобно невропатологам (например, С.Н. Давиденкову [1963, с. 211]), понимал широко, включая в него, видимо, все пограничные состояния без патологической агрессивности. Это предположение подкрепляется указанием Павлова на наследственность «психастенической формы» (1955, с. 188). Все больше и больше исследователей психастении склоняются, особенно в последние годы, к тому, чтобы рассматривать психастению как психопатию (Кербиков и Фелинская, 1965, с. 333; Асатиани Н., 1967, с. 53; Авербух Е., Авербух И., 1973, с. 123; Канторович, 1967, с. 136; Сухарева, 1959, с. 286; Чудин, 1968, с. 12). Но лишь немногие подчеркивают, что навязчивость есть необязательный, непостоянный симптом при психастении (Канторович, 1967, с. 136; Королев, Ушаков, 1973, с. 348; Умаров, 1953). Что же касается патологического (болезненного) сомнения, то оно до сих пор не признано как самостоятельный психопатологический симптом.

Попытаюсь теперь, обобщая вышесказанное, дать краткую клиническую характеристику психастенику Ганнушкина—Павлова. Существо психастенического характерологического расстройства — конфликт чувства тревожной неполноценности (оно сказывается застенчивостью, неуверенностью в себе и т. д.) с ранимым самолюбием, преломленный, однако, в отличие от подобного конфликта при астенической психопатии, через «второсигнальность» (жухлость чувственной жизни, слабое чувство реального — с компенсаторной склонностью к въедливому самоанализу, сплетенному из патологических сомнений, прежде всего, нравственно-этического и ипохондрического содержания).

Рассмотрим, как развивалось учение о психастении за рубежом. Соотечественники Жане и Раймонда в силу синдромологического направления французской психиатрии сплошь и рядом понимают психастению по-старинному широко. Этому весьма способствует и психоаналитическая наполненность французской психиатрии. Так, Эй, Бернард, Бриссе (1967) отождествляют психастению с обсессивным неврозом. Структуру личности пациентов с этим неврозом они видят однотипной, сложенной из «психастенических стигм» (Жане) и «садистически-анального характера» (Абрахам и Джонс). Садистически-анальный характер зиждется, по их представлениям, на четырех регрессивных источниках характерологических свойств: 1) анальном стремлении к накоплению; 2) сформировавшейся против него компенсатор-

ной щедрости; 3) анально-садистической агрессивности, неряшливости (мятеж против правил, ограничений, например, правил чистоты); 4) сформированных против этого сверхчистоплотности, робости, пунктуальности. Авторы пытаются доказать, что мучения этих несчастных есть разновидность их счастья. Трезвому клиницисту, естественно, трудно поверить, например, в то, что склонность к коллекционированию (накопление вещей) есть замаскированное инфантильное удовольствие от раздражения ануса экскрементами, накопленными в кишке, а неряшливость, жестокость, ирония есть эквивалент детского мятежа против воспитания сфинктера. Психоаналитическим исследованиям противостоит клинический подход к изучению бессознательного при пограничных состояниях, в том числе при психастении. Так, Ф.В. Бассин, В.Е. Рожнов и М.А. Рожнова (1972, 1974) предлагают клинико-физиологически исследовать «психологическую защиту», которая «проявляется в значительной своей части, если не исключительно, в виде особых форм взаимодействия и взаимоотношения осознаваемых и неосознаваемых психологических установок». Указываются некоторые способы психологической защиты: «трансформация отрицательно влияющей установки», «замена установок в системе мотивов поведения, в форме подстановок вместо определенной нереализуемой установки какой-то другой, не встречающей препятствий при своем выражении в действии». «Психологическая защита» тесно связана со «значимостью» переживаний, далеко не всегда осознаваемой. В этом смысле личность, скажем, психастеническая, есть особая «система значимых переживаний», от которой, так же как и от структуры вызывающего психическую травму обстоятельства, зависит та или иная форма «психологической защиты». С этой точки зрения, например, болезненно частое мытье рук психастеника, думается, есть «психологическая защита», построенная на «значимых» для пациента ипохондрических опасениях и не имеет отношения к навязчивости, как и многократные проверки, закрыл ли газ, запер ли дверь, которые являются по существу часто неосознанной формой «психологической защиты» от психастенической чувственной блеклости и рассеянности. С «психологической защитой», «значимыми переживаниями» тесно связан, как считают авторы, фактор неопределенности, «фактор душевного дискомфорта». Это, думается, прямо касается психастеника в том смысле, что он более других психопатов боится неопределенности, нарушения порядка, однако не всякого, а «значимого» для него. Более всего травмирует психастеника неопределенность по поводу его

здоровья, благополучия его близких и неопределенность, нарушение порядка в нравственно-этических отношениях с людьми, которых уважает и любит. Особенно плодотворными, многообещающими представляются здесь психофизиологические исследования И.М. Фейгенбергом (1972) особенностей вероятностного прогнозирования у различных больных психиатрической клиники. Ведь психастеник явно слаб трезвостью своего бессознательного вероятностного прогнозирования.

В психиатрической литературе стран английского языка термины «психастения», «психастеник» встречаются редко, главным образом в историческом аспекте. Английские психиатры (например, Майер-Гросс, Слейтер и Рот, авторы «Клинической психиатрии» [1960]), видимо, ставят психастеническим психопатам в нашем понимании либо диагноз «обсессивного состояния» (the obsessional state), либо — «обсессивной личности» (the obsessional personality), рассматривая то и другое в духе Жане и Раймонда, т. е. с истинными навязчивостями на первом плане. Американские психиатры, судя по многотомному американскому психиатрическому руководству, обычно пользуются в подобных случаях диагнозами «фобии» (the Phobias) (Friedman, 1967, p. 293) и «обсессивное поведение» (obsessive behavior) (Rado, 1967, p. 324), понимая их психоаналитически. Сложнее, интереснее обстоит дело с психастенической психопатией в психиатрии стран немецкого языка. Немецкие, австрийские и швейцарские психиатры конца XIX — начала XX века пользовались в таких случаях также широкими, синдромологическими диагнозами: «помешательство в виде навязчивых идей» (Крафт-Эбинг, 1897, с. 628), «навязчивый невроз» — Zwangsneurose (по Крепелину [1923, с. 329] и Э. Блейлеру [1920, с. 459]). Ясперс (1959, s. 369), ссылаясь на психастению Жане, считал, что «все виды характера и темперамента могут проявляться как психастенические», т. е. недостаточностью психической силы, неуверенностью, навязчивостями. В 1923 г. вышла первым изданием известная книга Курта Шнейдера «Психопатические личности» (1940). В ней описывается группа астенических психопатов и в ней выделяются «душевные астеники» (Seelisch Asthenische), которые, не имея «наивности» не только в отношении тела, но и в отношении души, переживают отчуждение восприятия, действий, любви, всех актов (s. 63, 72). Видимо, эти «душевные астеники» должны соответствовать психастеническим психопатам, но феноменологические описания Шнейдера здесь слишком силуэтно-скупы в сравнении с клинически-полнокровными описаниями Ганнушкина, малоизвестными за

рубежом. Ганс Йорг Вейтбрехт, описывая ту же разновидность астеников, что и Шнейдер, называет их «психастениками» (Weitbrecht, 1968, s. 89). То же находим у Шульте и Тёлле (Schulte, Tцlle, 1973, s.87). Лемке и Реннерт (Lemke, Rennert, 1960, s. 140, 259) описывают «психастеников», не отграничивая их от астеников переживанием «отчуждения» душевной работы (это «отчуждение» немецких авторов, видимо, соответствует психастенической деперсонализационной рассудочности, «второсигнальности»). В указанной книге Курта Шнейдера (1940, s. 110) описаны еще ананкастические (навязчивые) психопаты (ананкасты). Отечественные авторы, упоминавшие ананкастов, по-моему, несправедливо отождествили их с психастениками (Зиновьев, 1931, с. 84; Гуревич и Серейский, 1946, с. 403; Озерецковский, 1962, с. 109; Каннабих, 1929, с. 461; Консторум, 1962, с. 155). Ананкастические психопаты, как считает Курт Шнейдер (1940), есть разновидность «неуверенных в себе психопатов». Другая их разновидность — «сенситивные неуверенные», совпадающие с сенситивными кречмеровскими шизоидами. Так как из немецкого слова Zwang (навязывание) нельзя сделать прилагательного, Курт Шнейдер заимствовал у будапештского психиатра Юлиуса Доната греческое слово *anancasmus* (предложено Донатом в 1895 г.) для обозначения навязчивостей, посчитав его более понятным, нежели французское *obsessiv*. Ананкасты, кроме того что страдают от истинных навязчивостей, «являясь преимущественно интеллигентами», отличаются «избыточной заботливостью, педантичностью, корректностью, точностью, неуверенностью, компенсация которой часто вымучена и неестественна». Перечисленные черты, хотя и в мягкой, ненарочитой форме, свойственны психастенической личности, но в описании ананкастов не удается найти ни психастенического душевного конфликта, ни «второсигнальности», мягкости. Ананкаст весь в бескомпромиссной ригористичности и символических навязчивостях (ритуалах). Его совестливость вымучена, навязчива, он часто ментор до «занудливости», мелочно аккуратен, сенситивен, чувственник. Подобным образом описывают ананкастов Кан (Kahn, 1928, s. 413), Вейтбрехт, Шульте и Тёлле, Лемке и Реннерт, Леонгард (Leonhard, 1964, s. 928), Бергманн (Bergmann, 1961, s. 7). Оригинально, структурно-психологическими линиями размышляет об ананкастах Николаус Петрилович (Petrilowitsch, 1966, s. 130, 143, 146–147). Петрилович (ФРГ) изображает этих психопатов как людей, страдающих истинными ритуальными навязчивостями (навязчивым страхом загрязнения, навязчивым счетом и т. д.), отмечая,

что «проблема навязчивостей представляет в своем существе психопатологию совести». Согласно Петриловичу, ананкаст мыслит категориями традиционной морали (резкое «или — или») и в тоже время инстинктивно агрессивен. Рефлектирующий, постоянно обдумывающий себя, он находится в постоянном столкновении с угнетающей его инфантильно-скрупулезной совестью. Не в состоянии проникнуть до самой важной глубины («я со мной»), он мучается на уровне «я против меня». Сверхусердная ананкастическая совесть, как указывает Петрилович, есть совесть незрелая, «застывшая», «хондродистрофическая». Петрилович психотерапевтически охотно объясняет больному «сущность раннего нарушения роста хряща как эластичного ростоспособного материала» (s. 130). Эти тонкие структурно-психологические описания опять подчеркивают ригористичность, мелочную бескомпромиссность как благодатную почву для развития истинных навязчивостей (ананказмов). Существенно, что скрупулезная совестливость психастеника не есть застывшая традиционная мораль с резким «или — или», она все же (во всяком случае, по мелочам, не по сути) склонна к компромиссам, хотя и щепетильно преувеличивает всякий свой действительный «грех». Совестливость ананкаста главным образом внешняя, навязчивая. В своем самообвинении ананкаст ощущает известную его (самообвинения) инородность: он может с достаточным *внутренним* спокойствием-безразличием относиться ко многим своим действительным проступкам. Ганнушкин (1964) описывал подобные случаи пожизненного «зарастания» обсессиями-ананказмами («если тщательно обходить все лужи на улице или мысленно отмечать все буквы “о” при чтении книги, то все будет хорошо» и т. п.), без процессуального изменения, — в группе «развитие с выявлением обсессий (навязчивые состояния)».

Таким образом, анализ литературы и собственный клинический опыт дают основания утверждать, что психастеник и ананкаст — различные варианты психопатов. Эта разница особенно заметна психиатру-психотерапевту: усугубляющий психастенические сомнения (опасения) известный психотерапевтический прием «парадоксальной интенции» Франкла* смягчает навязчивости ананкаста.

* В соответствии с приемом Франкла, пациент, как бы приветствуя в душе смысл собственной навязчивости, дает ей ход, и навязчивость ослабевает. Например, при навязчивом мытье рук с навязчивым представлением «руки в саже» пациент с напускной охотой моет руки, пытаясь уверить себя, что действительно они в саже. То же относится к навязчивым мыслям, навязчивому счету и т. д.

Неправильному отождествлению психастеников с ананкастами способствовало, видимо, прежде всего (несмотря на разъяснение Ганнушкина) представление о том, что психастеник «загружен» навязчивостями. Потому, например, Юдин (1926, с. 38) считал ананкастов Курта Шнейдера «чистыми психастениками с навязчивыми идеями». Но психастенику свойственны не навязчивые идеи, а болезненные сомнения, опасения. Так неправомерное расширение термина «навязчивость» может затушевывать достаточно четкие нозологические границы психастенической психопатии. Психастеническая психопатия (по Ганнушкину и Павлову) есть такое же крупное, самобытное открытие отечественной психиатрии, как известные всему психиатрическому миру псевдогаллюцинации Кандинского и корсаковский психоз. Тем не менее в Международной классификации болезней, травм и причин смерти 8-го пересмотра (Роменский, 1970, с. 15) есть диагноз ананкастической психопатии, но нет диагноза психастенической психопатии*.

4.7. О психотерапии психастеников с ипохондрическими ощущениями и страхами (1974) [11)]

Сообщение основано на исследовании и лечении 30 психастеников с ипохондрическими состояниями.

Ипохондрическая озабоченность психастеника основывается часто не только на «загруженности» ипохондрическими сомнениями, но и на особых ощущениях в какой-либо области тела. Эти ощущения закрепляются, усиливаются ипохондрическим вниманием, склонностью всякое непонятное ощущение опасливо расценивать как возможный признак серьезной болезни. Эти психастенические ипохондрические ощущения (кожные и висцеральные) принято называть гип- и гиперестезиями. Однако еще Пьер Жане (1911, с. 158) заметил, исследуя патологические психастенические ощущения кожи иглой, что чувствительность здесь объективно не изменена (в сравнении, например, с истерическими расстройствами чувствительности): больные «сохранили все функции перцепции, но они не присоединяют к ним чувств доверия и достоверности, составляющих в нашем уме

* Нет ни термина «психастенический», ни целостных описаний психастенического склада под другим названием и в МКБ-10 (*примечание 2006 года*).

представление реальности». Хотя клиническое понятие «психастения» весьма сузилось со времен Жане, исключив из себя, в том числе, шизофренические случаи, указанное замечание Жане сегодня полностью подходит к психастеническим психопатам и являет собой один из ценных ростков не разработанной еще общей психопатологии пограничных состояний. Психастеники действительно нередко жалуются, что «немеет щека», «жжет», «пощипывает» участок кожи на руке и т. д., но невропатологическая игла не находит при этом объективной патологии. Весьма нередко расстройства ощущений в коже и внутренних органах порождаются или закрепляются известием о неприятной или серьезной болезни у кого-либо. Так, появляется нервный, преходящий зуд, когда больной узнает, что кто-то болен чесоткой. Или читает психастеник о раке языка, а через день-два «ни с того, ни с сего» возникают неприятные ощущения (жжение, щипание, дискомфорт) как раз в том месте языка, где чаще, как читал, обнаруживается опухоль. Подобным образом при известии о раке желудка у знакомого появляется чувство тяжести, дискомфорта под ложечкой, при боязни гипертонической болезни, которой нет, — чувство тяжести в затылке и т. д. Трудно пока сказать об отношении всех этих «субъективных» психастенических ощущений к «вегетативным» (вызванным движением кишечника, сосудов и т. д.), также весьма свойственным психастенику. Большинство этих «субъективных» ощущений, несомненно, парестезии, то есть тесно связаны с вегетатикой. Следует отметить, что обычно «субъективные» ощущения возникают без сознательного, специального прислушивания к собственной соматической жизни, как бы сами собой, неосознанно-психогенно.

Слишком пристально внутреннее бессознательное «око» психастеника к различным ощущениям в теле, «цепляясь», согласно содержанию психической ипохондрической травмы, за частые, многочисленные психастенические функциональные отклонения в чувствовании и вегетатике. Ипохондрические переживания в случае ипохондрических истерических симптомов иные. Здесь симптом, например, определяемая иглой кожная анестезия или «пронзающие тело огненные, горячие стрелы», есть способ привлечения к себе внимания, а не затаенно-психастеническая скорбь по поводу возможной серьезной болезни. Потому, как известно, нередко бросается в глаза спокойное, даже внутренне радостное отношение истерических пациентов к своим даже выразительно тяжелым «соматическим» реакциям (напр. к желудочному истерическому кровотечению). «Субъективные» патологические расстройства ощущения психастени-

ков, в отличие от истерических, обычно даже симптоматически не снимаются прямым внушением (самовнушением), но нередко исчезают, если от них отвлечься, чем-то развеселиться и т. п., с готовностью тут же вернуться при «включении» внутренней бессознательной (точнее, сознательно-бессознательной) ипохондрической озабоченности. Наконец, психастенические ипохондрические ощущения сплошь и рядом тут же исчезают после авторитетной разъяснительной консультации врача с убедительным (для пациента) заключением, что все-де это безопасно-нервное, «парестезии всякие».

Таким образом, психастенические ощущения, в смысле хотя бы податливости суггестии, сложнее истерических. Тут необходимы иные психотерапевтические воздействия. Так, истерик, научившийся с помощью врача, насколько это возможно, внутренне осуждать свои симптомы как «подкорковое», примитивное, демонстративное проявление, способен нередко смягчать или устранять их, например, самовнушением по Э. Куэ (т. е. с обязательными «предварительными опытами», убеждающими его в наличии собственной силы самовнушения). Психастенику же следует подробно разъяснить его внутреннюю, в большей мере неосознанную ипохондрическую настроенность, «подхватывающую», закрепляющую, особенно в минуты душевного спада, различные «субъективные» ощущения, к которым имеется большая склонность. Психастеник должен подробно осознать особенности своих ощущений, переживаний для того, чтобы иначе, «со скидкой на ипохондричность» относиться к своим ощущениям, сомнениям. Ему следует научиться отвлекаться от ипохондрических ощущений какими-либо свежими впечатлениями и тут же логически подчеркивать себе: «Ведь вот отвлекся — и прошли ощущения, потому что это мое обычное, нервное, а значит, успокойся, выше нос». Разумеется, при упорных, истинно соматических ощущениях необходимо показаться врачу.

4.8. К особенностям психастенического мышления в связи с психотерапией психастеников (1976) [21)]

Мышление эпилептоида, как известно, инертно и более или менее догматически прямолинейно, ограничено, что сказывается, например, в непонимании шуток.

Мышление психастеника тоже инертно, но отличается нередко сложной тонкостью и живой оригинальностью. Психа-

стеник, даже будучи научным работником, читая научное или художественное, не способен быстро охватить, осмыслить материал, он поистине «корпит» даже над инструкцией к пылесосу. При составлении конспекта он также, не ухватывая сразу существа дела, туго упирается мыслью в напечатанное слово, с затруднением перебирается к другому слову и часто не конспектирует, а просто переписывает сложный текст, с трудом понимая его и опасаясь потерять главное. Замедленная сообразительность согласуется здесь со слабостью механической памяти, блеклостью восприятия, отвлекаемостью — и психастеник, напрягая глаза, по нескольку раз внятно прочитывает вслух трудную для него фразу, записывает ее, чтобы лучше «отпечаталось» в голове. В то же время инертный поток не имеющих отношения к делу мечтаний мешает ему сосредоточиться. По причине всего этого психастенический школьник нередко молчит перед классом на предложенный ему неожиданно вопрос, а выслушав ответ от учителя, бормочет: «Понятно, понятно», хотя на самом деле еще не ухватил смысл. «До тебя доходит, как до жирафа»,— говорят ему сверстники и даже преподаватели, думая о его умственных способностях хуже, чем есть на самом деле. Когда же он, наконец, со всей своей серьезностью и основательностью, вкапываясь за каждой непонятной деталью в словари и справочники, усвоит какой-то предмет, тут-то и начинает действовать в полную силу инертный поток творческих психастенических сомнений, обусловливая иногда продукцию талантливого и даже гениального достоинства. Н.А. Добролюбов, выразительно описавший в 1858 г. в работе «Ученики с медленным пониманием (из заметок учителя)» эту психастеническую «инструментальную» (нетворческую) умственную слабость, замечает, что «весьма многие из знаменитых людей, впоследствии отличившихся в науках, часто в школах играли роль таких непонятливых голов» (Добролюбов Н.А. Полн. собр. соч., т. 3. М.: Госиздат, 1935, с. 437).

Особенность мышления психастеника отчетливее видится в сравнении с другими типами мышления. Так, аутистическая мысль, склонная к абстракциям, символике, не покорна не только моде, но зачастую и земным фактам. Однако в этой причудливой склонности символически сопоставлять то, что сопоставлять не принято, и кроется, как отметили Э. Кречмер и Ганнушкин, ключ ко многим открытиям в теоретической физике, математике, идеалистической философии (Ньютон, Эйнштейн, Лобачевский, Спиноза, Гегель). Здесь в творчестве основательно звучит интуитивный (иррациональный, «пралогический») момент: творцу часто самому непонятно, как на основании чего эта гипотеза при-

шла в голову, но он целиком, до черточки, в нее верует, пренебрегая даже фактами, — иной, «романтической» гранью своего ума. В символе всегда живет философически-романтическая красота.

Синтонное (сангвиническое) мышление, богатое живостью, земной практичностью, при помощи большой точной памяти и других хороших, как правило, инструментов ума способно с самого начала легко, ловко отделять в работе над неизвестным материалом главное от второстепенного и здесь же по-своему пересказывать трудную книжную мысль. Собственные открытия, которые могут быть тут ломоносовских размеров, отличаются практической насыщенностью и настолько построены от начала до конца на наблюдении, на экспериментах, так мало содержат в себе «сумасшедшинки», что не ощущается почти работы бессознательного.

Мышление психастеника также земное, реалистическое в смысле тщательной зависимости от фактов. Однако психастеническая склонность к сомнениям, обусловленная прежде всего деперсонализационным чувством нереальности, сказывается здесь в пристальном раздумье, казалось бы, над малозначащими, известными своей понятностью деталями с потребностью проверить это, подобно тому, как психастеник начинает вдруг внимательно вглядываться в знакомую приподнятость на коже и сомневаться, тревожиться, не есть ли это что-то пострашней, нежели просто родинка. Именно строго из фактов, но фактов, над «понятным» значением которых до него не сомневались, рассеянной неповоротливостью мысли в модную, банальную сторону (а не силой абстрактно-символического полета) образуется творческое психастеническое озарение, чаще в естественных науках (Дарвин). Если в аутистически-шизотимическом художественном творчестве звучит отстраненно-символическая, тонкоэстетическая волна (абстракционисты, Андерсен, Б. Пастернак), если синтонные (циклотимические) поэзия и проза наполнены солнечной гармонией и земной мудростью (Рабле, Пушкин), то психастеническая проза отличается теми же сомнениями, чаще нравственно-этического содержания, земной, но сложной психологической насыщенностью в поисках себя, своего в тумане нереальности (А.П. Чехов).

Понятно, особенности мышления нагляднее всего представлены у талантов и гениев, но и в массе людей какой-либо, например, психастенический, образ мыслей часто отчетливо сказывается в рассуждениях, научных статьях, школьных сочинениях, письмах к близким. Впрочем, известно, что талантливость иногда особенно зависит от того, насколько возможно человеку применить себя в русле собст-

венного своеобразия. Психотерапевтическая практика убедительно показывает, как часто психопатическая декомпенсация обусловливается тем, что, например, психастеник, могущий стать незаурядным натуралистом или врачом, делается посредственным музыкантом или математиком, а талантливый в математике шизоид — посредственным врачом.

Даже преуспевающий в жизни психастеник и то нередко мучается чувством умственной неполноценности (тупой-де, рассеянный, беспамятный и т. п.). Дарвин, уже стариком, так заканчивает автобиографию: «Воистину удивительно, что, обладая такими посредственными способностями, я мог оказать довольно значительное влияние на убеждения людей науки по некоторым важным вопросам» (Соч., т. 9. М.: АН СССР, 1959, с. 242). Существо терапии здесь заключается в том, чтобы доказать психастенику, что это не неполноценность, а особенность, свойственная и некоторым великим людям. Психастенику следует подробно объяснить особенности его мышления, показать, что его мыслительная тонкость, сложность, порой оригинальность отчасти и происходят от некоторой умственной инертности. Да, туго идет изучение иностранного языка, плохо запоминаются телефоны, лица людей, мешает рассеянность, не успеваете за быстрой мыслью лектора, но ведь именно по причине слабой памяти на трафареты, постоянной потребности искать ясность там, где многие полагают, что она уже есть, по причине кропотливой умственной замедленности, «непонятливости» и вспыхивает вдруг живое сомнение, разрушающее нередко прежнее модное суждение. Автобиография Дарвина в этом смысле превосходный библиотерапевтический материал. «Я не отличаюсь ни большой быстротой соображения, ни остроумием (...), — признается, например, гениальный натуралист. — Способность следить за длинной цепью чисто отвлеченных идей очень ограничена у меня, и поэтому я никогда не достиг бы успехов в философии и математике. (...) ...Я никогда не в состоянии был помнить какую-либо отдельную дату или стихотворную строку дольше, чем в течение нескольких дней» (с. 239–240).

Безусловно, подобное психотерапевтическое вмешательство есть лечебный анализ. Однако это не психоаналитическое предложение пациенту с реалистическим складом мысли поверить в определенную мифологическую (например, эдиповскую) причину и конструкцию собственного страдания. Этот терапевтический, клинический анализ есть момент изучения бессознательного средствами клинической психотерапии.

Знакомство с тонкой, сложной особенностью психастенического мышления весьма важно: 1) для дифференциальной

диагностики психастении и психастеноподобных состояний; 2) для преподавателей, руководителей учреждений, чтобы умело выявлять скрытые психические резервы психастенических учеников и подчиненных; 3) для психогигиены и психопрофилактики в самом широком аспекте; 4) для эвристики.

4.9. О женщине с психастеническим характером (1977) [24)]

Женщине с психастеническим складом менее всего свойственны так называемые «классические женские черты» — изящество, пластичность движений, известная эмоциональность мышления, «смесь сангвинической живости с сентиментальным добродушием» (Лотце), точное, быстрое восприятие, глубокая практическая интуитивность, богатство механической памяти с беглостью речи. Психастеничка потому нередко чувствует себя «белой вороной» в обществе женщин иного склада, среди долгих «женских» разговоров о нарядах, о кухне, о детях и т. п. Подобно мужчине-психастенику, она отличается аналитическим, сомневающимся умом, изрядно довлеющим над острой чувственностью и двигательной ловкостью. Психастенический личностный рисунок нередко встречается у женщин, отдавших себя целиком науке в ущерб материнству и даже личной жизни. С успехом занимаются они и наукой, и преподаванием, неплохо руководят небольшими коллективами (зав. кафедрой, профорг и т. д.). Эмоциональность этих женщин нередко характеризуется тонкой духовностью, добротой, душевной мягкостью, но чувственной блеклостью, что сказывается, например, в почти полной неспособности к живому кокетству, в частом равнодушии к косметике и вообще к чисто внешней стороне жизни. Испытывая чувство нежной заботы и влечение к любимому человеку, психастеничка тем не менее в самой интимной обстановке, при сильных сексуальных ощущениях нередко способна «краем сознания» трезво мыслить, наблюдать. Фригидность здесь не встречается, психастенички часто даже жалуются на «гиперсексуальность». Эта особенная «гиперсексуальность» сродни психастеническому пищевому голоду, когда лишь бы поесть, лишь бы насытиться, а сервировка и возможность гурманистически-чувственного соприкосновения именно с этим любимым блюдом, так важные для инфантильной (истерической), сангвинической (циклоидной) и нередко шизотимической (шизоидной) личности, здесь отступают на задний план. Подобно тому, как психастенический юноша многие годы

утоляет половой голод мастурбацией, не страдая особенно от невозможности чувственно-генитального соприкосновения с женщиной, а лишь воображая ее, — одинокая психастеничка способна всю жизнь глушить свое либидо также мастурбацией, испытывая сильное духовное чувство к недоступному любимому человеку, или же идет на связи с доступными мужчинами лишь для «валового» сексуального удовлетворения. В то же время в духовном общении как с мужчинами, так и с женщинами психастеничка строго избирательна.

По причине этой же «второсигнальности» нередко до родов не дает себя знать в психастеничке глубинный инстинкт материнства, особенно при основательной творческой занятости. Мысли о ребенке, который помешает работать, даже раздражают. Такая женщина стремится родить, только когда не захвачена работой и часто не по глубинному «зову материнства», а чтобы выполнить свой долг. Совестливая, стеснительная, тревожная, ранимая, малообщительная, но и малоскрытная с человеком, которому доверится, психастеничка нередко тяжело переживает в беременности свое, как представляется ей, равнодушие к родному существу, которое в ней. Тревожат сомнения, не родился бы урод, но нет светлой, непосредственной радости будущей матери. Нередко холодноватое раздумье (с некоторой даже досадой) по поводу усложнения ребенком собственного будущего приводит ее к сомнениям о собственной душевной полноценности («не шизофрения у меня?»)*. Материнское тепло возникает обычно лишь через день-два после родов, со временем усложняясь и усиливаясь. Как и психастенический мужчина, психастеничка искренне переживает лишь за немногих и возмущается нередко собой, что не в состоянии, подобно другим женщинам, искренне пожалеть всякого. Более всего тянется она к людям психастеническим, ощущая тут духовное созвучие, или к циклотимным (сангвиническим) натурам, симпатичным ей своей естественностью. Она бывает сравнительно равнодушной и к смерти близкого родственника (мать, отец), если в жизни не было взаимопонимания. Духовность психастенички не расточительна, и совестливость порой тратит здесь много сил, чтобы выжать слезы на похоронах. Внутреннюю суетливость, несобранность, рассеянность, неотчетливость восприятия психастеничка, сколько может, компенсирует многочисленными проверками и

* Полезно психотерапевтически объяснить, рассказать психастеничке ее особенности, чтоб, хотя бы «научно-популярно», поняв себя, успокоилась, не опасалась сумасшествия.

стремлением к аккуратности. Она ранима, остро самолюбива внутренне. Ее задевает, например, если ей аплодируют после выступления на конференции меньше, чем другим, но в то же время по причине застенчивости не знает, куда спрятаться во время аплодисментов. Подобно и психастеническому мужчине, она может временами пойти на поводу у аффекта и быть необъективной, но, успокоившись, непременно сознает эту свою необъективность и раскаивается с самообвинением, в отличие от, например, эпилептоидной или истерической женщины. Она стыдлива, пуглива, скромна, мучается либо ипохондрическими сомнениями, либо тревожным «пережевыванием» отношений с людьми, клянет свою «душевную тупость», боится за близких ей людей, но внешне это часто мало заметно, и на несведущих психастеничка производит нередко впечатление «сухаря», «спокойной осторожности». Так, русский поэт Н. Гумилев замечает верно, но односторонне о психастенических «тургеневских» женщинах в стихотворении «Девушке»: «в вас так много безбурно-осеннего от аллеи, где кружат листы»; «никогда, ничему не поверите, прежде чем не сочтете, не смерите, никогда никуда не пойдете, коль на карте путей не найдете». Неприятное ощущение упомянутой «душевной тупости» в тех случаях, когда большинство женщин способно к искреннему сопереживанию, связано, видимо, с особенностями бессознательной психастенической психологической защиты. Если истерик защищается психологически от всяких неприятностей двойственным отношением к событию, то есть инфантильно, как ребенок, понимая и в то же время не понимая нагрянувшую, например, опасность, то «второсигнальная» психастеническая защита обнаруживается в «душевном онемении», способности не переживать остро какую-либо неприятность с близким человеком или с самим собой при отчетливом понимании ее. Это, несомненно, деперсонализационный механизм: здесь переживается собственная эмоциональная измененность, неспособность переживания или сопереживания при трезвой мысли, временами прорывающаяся в деятельное, сильное сочувствие или страдание. Одна моя пациентка, оказавшаяся в результате несчастного случая в Институте Склифосовского без ноги, в то время, когда боролись за ее жизнь и неизвестно еще было, чем все это кончится, с душевным онемением, «как бы сбоку», представляла, как хоронят ее, как плачут по ней на кладбище и т. д. Психастенический человек склонен остро тревожиться по пустяку, но психологическая психастеническая защита суживает эту тревогу лишь вокруг значимых для психастеника неприятностей (здоровье его самого и

близких, этические (межличностные) тревоги). Когда же наступает действительная, значимая для психастеника беда (сильный удар в уязвимое место), защитная деперсонализация срабатывает и здесь, ослабляя, обезболивая значимое переживание.

4.10. О психастенических функциональных вегетативных расстройствах (к деонтологической настороженности интерниста) (1977) [22)]

Весьма нередко психастеники, склонные к ипохондрическим состояниям, годами лечатся у поликлинических терапевтов от гипертонической болезни (функциональная фаза), которой на самом деле у них нет. Повышенное артериальное давление обнаруживается здесь обычно при диспансеризации, когда психастеник чем-то взволнован или физически напряжен (бежал через три ступеньки и т. п.). Стоит врачу нахмуриться при цифрах давления 140—150—160/80—90 мм рт. ст., как тревожно ипохондрический человек теряется, бессознательно напрягается при каждом измерении давления, из-за чего давление нередко оказывается повышенным. Если врач, обратив внимание на робость, неловкость, застенчивость, тревожную напряженность своего пациента, дружески-успокаивающе предположит вслух, что это, по-видимому, реакция на измерение давления, и измерит давление еще несколько раз, всякий раз констатируя: «Ну, вот и еще ниже», — давление снижается до нормы. Но нередко терапевты поликлиники этого не делают, а назначают сразу лечение от гипертонической болезни и только через несколько лет, обнаружив, что давление нормально без гипотензивных лекарств, что гипертоническую болезнь не подтверждают ни ЭКГ, ни данные окулиста, заменяют этот диагноз «вегетативно-сосудистой дистонией». Однако до этого жизнь психастеника — постоянная тревога в ожидании инсульта, он сосредоточивается на ощущениях в голове, в сердце. Больной прислушивается в тревожную бессонницу к пульсации в голове, боится оставаться один; он ограничивает свою жизнь — не поднимает тяжелого, не женится, подолгу отдыхает на диване. Или тревожно-взъерошенный ненадежностью завтрашнего дня печально обнимает детей, делает бесконечные распоряжения о том, как быть после его смерти. И психастеник совершенно воскресает, забыв о тягостных ощущениях, о строгой диете, когда авторитетный опытный клиницист с убедительной внятностью заявит, что все это «нервность, от которой умереть не удастся». У од-

ной молодой женщины ятрогенная «гипертоническая» ипохондрия «выключилась», когда ее новый врач, пожилая дама, сердечно прищурившись, сказала: «Девочка, ты дрожишь, как зайчик под кустиком, никакой гипертонической болезни нет у тебя, а есть нервная гипертоническая реакция, перестань глотать все эти лекарства, принимай холодный душ и занимайся спортом».

У психастенических ипохондриков обнаруживаются и другие функциональные вегетативные расстройства: склонность к гулкому сердцебиению перед непривычным выступлением, к покраснению лица, потливость, усиленное слюноотделение, так называемый «невроз желудка» с изжогой, аэрофагической пустой отрыжкой.

Примечательно в связи со всем этим, что при буйной психастенической вегетатике гипертоническая болезнь развивается здесь редко и, если возникает, то обычно протекает благоприятно, отчасти и по причине живой дистонической «натренированности» сердечно-сосудистой системы. В то же время у сангвиников-пикников, известных своей предрасположенностью к гипертонической болезни, часто не отмечается преморбидно живой высокоамплитудной вегетативной подвижности. Психиатру-психотерапевту, несомненно, ясно, что далеко не всякое функциональное вегетативное расстройство предшествует органическому заболеванию того же органа. Например, пациенты с кардиофобией с многолетними приступами сердцебиения, пациенты с истерическими сердцебиениями также, сплошь и рядом, не превращаются в больных с тяжелыми заболеваниями сердца, умирая в старости от других болезней. Создается впечатление, что патогенетические «клавиши», на которых сыграла бы гипертоническая болезнь (сперва свою функциональную прелюдию), уже заняты другой, особенной, навсегда функциональной психопатической (невротической) вегетативной дисфункцией. Понятия «невроз сердца» и «невроз желудка», говорящие, по сути дела, лишь о функциональности страдания без указания на этиологию, патогенез и прогноз в смысле перехода в органическое, изжили себя. Функциональные вегетативные расстройства, структурными особенностями исходящие прежде всего из преморбидно-здоровой или психопатической почвы, представляют собой либо функциональные ступени различных соматических болезней, либо различные истинно невротические и психопатические дисфункции. Такие функциональные проявления, как головная боль, тахикардия, аэрофагия, желудочная гиперсекреция, тошнота и т. д. — все это, при внешней похожести, внутренне, по своей структуре, различно у разных по-

граничных пациентов, соответствуя прежде всего особенностям их душевно-телесного склада. И.В. Давыдовский (1964) в этом смысле поясняет: «...органопатология находится в теснейшей связи с органофизиологией, с видовым и типовым индивидуальным развитием функций органов и со спецификой таких функций» (с. 62).

Интернисту следует, при всей соматически-органической настороженности, тщательных объективных исследованиях, деонтологически настораживаться в плане вегетативной декомпенсации (чаще всего психогенной) пограничного расстройства.

4.11. О совместимости в браке психастеников с психопатами разного склада (1985) [36)]

Изучалась семейная жизнь 32-х психастенических психопатов (17 мужчин и 15 женщин, возраст — от 30 до 74-х лет), жены (мужья) которых оказались также психопатами (хотя бы в одном браке из нескольких). Этим пациентам в течение ряда лет помогал психотерапевтически.

Из 17-ти мужчин 8 женаты на психастенических женщинах, 4 — на циклоидных, 1 — на эпилептоидной и 4 — на женщинах с истерической психопатией. Из 15-ти женщин 7 замужем за психастениками, 4 — за циклоидами, 2 — за шизоидами, 2 — за истерическими психопатами. Самым устойчивым оказался брак с психастениками (психастеничками) и циклоидными психопатами. Все случаи женитьбы (замужества) на истерических психопатах, случай женитьбы на эпилептоидной женщине закончились разводом. Психастеники оказались весьма покладистыми и терпеливыми в браке, если испытывали подробное духовное созвучие-взаимопонимание с психастеническим, шизоидным супругом или обнаруживали циклоидную сердечно-самоотверженную преданность, защищенность с теплым практичным другом, спутником жизни.

Первая близость с женщиной часто не удавалась у психастеников (причина — прежде всего торжественно-серьезное, трепетное, святое отношение к близости и в наше нецеломудренное время, слабость эрекции «от волнения перед таинственно-необычным»). По причине волнения, укоров совести женатый психастеник часто не способен и изменить жене. Сравнительно быстрая эякуляция психастеника как момент его конституциональной истощаемости (вполне нормальная, однако, в близости с тоже быстро истощающейся психастеничкой) обусловливает сексуальную дисгармонию

(особенно в браке с темпераментными циклоидными натурами), которая нередко психотерапевтически «гасится» готовностью жены в близости влюбленно «идти на все»: довольствоваться одними сексуальными ласками и т. д. Гораздо серьезнее здесь претензия циклоида, состоящая в том, что психастеник (психастеничка) в близости «не сходит с ума», подобно ему самому, способен (способна) в острую минуту близости с деперсонализационным любопытством и даже шуткой наблюдать за любимым человеком. В таких случаях психастенику (психастеничке), думается, следует посоветовать хотя бы играть пылкость, «сумасшествие» во имя любви к любимому, во имя сохранения семьи.

4.12. К психотерапии психастенической ипохондрии (1988) [42)]

В прежних работах автора на эту тему (Бурно М., 1970, 1979) рассказывалось о клинической структуре психогенных ипохондрических расстройств у психастеников, о болезненных тревожных сомнениях как центральном здесь психопатологическом феномене, о клинической психотерапевтической помощи указанным пациентам. Отмечалось, что пациентам следует разъяснять, что именно особенности инертного, тревожно-аналитического душевного склада предрасполагают их панически заподозрить «смертельное», «позорное» или психическое заболевание — даже при легкой психогенной неясности, неопределенности в отношении достаточной безопасности какого-либо образования на коже, собственного необычного душевного движения и т. д. Пациент должен со временем научиться в очередной ипохондрически-тревожной озабоченности думать прежде всего не о «страшной болезни», а о своей характерологической склонности трагически преувеличивать пустяк, искать «страшное». Главное же в лечении таких пациентов — психотерапевтически помочь им так увлечься жизнью, чтобы в «опьянении» творческим вдохновением с ясным пониманием смысла своей общественно-полезной жизни не страшно было и умереть по независящим от тебя причинам. Сложный психотерапевтический прием, направленный на это, предназначенный для лечения дефензивных расстройств различной природы, есть Терапия творческим самовыражением (с осознанностью своей общественной пользы, с возникновением на этой базе стойкого светлого мироощущения).

Однако ясно, что и творчески увлеченный психастеник, даже пожилой, не страдая уже прежним острым чувством

неполноценности, уязвленного самолюбия, трудностями общения с людьми, время от времени все же впадает в ипохондрические состояния, хотя и не такие тягостные, стойкие, как в прежние годы без «света в душе». Теперь пациенты объясняют свои «смертельные» тревоги чаще уже не страхом смерти вообще, а опасением не закончить очередную захватившую их работу, как-то серьезно затруднить своей смертью жизнь близким и т. п. Психастенический склад, понятно, остается, и в процессе Терапии творческим самовыражением, психопатическое лишь компенсируется, подолгу не давая себя знать как болезненное. Остается и смерть в будущем каждого человека, в том числе тревожно-мнительного, так или иначе напоминая о себе. И если в старости психастеник при всей своей живой заинтересованности жизнью, как правило, не держится за нее, не страдает ипохондриями, то средний и пожилой возраст лишь приносят некоторые особенности в ипохондрическую картину. Если в молодости пациент в ужасе принимал за «увеличенный» «лейкозный» лимфоузел брюшко небольшой мышцы или сосудистый тяж, то теперь, наряду с подобными переживаниями, он часто озабочен старческой бородавкой (появляются после 30—40 лет), тревожась, не меланома ли. Теперь его обычно уже не беспокоят, как в молодости, пароксизмы нередкой у психастеников мерцательной скотомы («вдруг это все-таки опухоль мозга?»), теперь он по опыту жизни знает, что его возникающие время от времени афты слизистой рта с характерным саднением не имеют отношения к раку, артериальное давление также не «пляшет» уже «по-молодому», возбуждая страх инсульта. Но зато ипохондрические тревоги возникают в ответ на возрастные расстройства, связанные с остеохондрозом позвоночника, вялостью кишечника и т. д. В то же время боязнь венерических болезней и сумасшествия мало характерны для пожилых психастеников.

Нередко пациент смолоду долгие годы «по инерции», например, каждое утро с неустанной тревогой аккуратно осматривает свою родинку (или две-три родинки) где-то в закоулке тела — «не перерождается ли?» Или все сравнивает, одинаковы ли ключицы, не растет ли в одной из них саркома и т. д. Вот он делает это ежеутренне уже в очках (наступила возрастная дальнозоркость), но по-прежнему взволнованно-настороженно.

Таким образом, и в рамках Терапии творческим самовыражением остается продолжать время от времени оказывать пациенту противоипохондрическую симптоматическую помощь, нередко снимающую горы тревожной озабоченности

с плеч пациентов, живо побуждая их этим к нередко высокой здесь общественной пользе.

Практическое существо часто краткой, но трудоемкой противоипохондрической симптоматической помощи и в молодости, и в пожилые годы — есть отчетливое разъяснение-доказательство пациенту (если надо, опираясь на заключения специалистов) того, что нет оснований думать о чем-либо «страшном», «серьезном», «смертельном». Вследствие своих тревожно-аналитических особенностей, лежащих в основе возникновения болезненных тревожных сомнений, вследствие природного стремления к научной определенности психастеник не способен иначе успокоиться. Так, объяснение дерматолога по поводу поистине «высмотренных» пациентом (через лупу) «отклонений» на коже: ничего-де страшного, не знаю, что это такое, просто кожа живет — не снимает обычно ипохондрического переживания. И если психастеник (например, врач) «нащупал» у себя «вирховский метастаз», необходимо, дабы его успокоить, показать ему, найти то положение, тот поворот шеи, при котором он убедится собственной пальпацией, что это не узел, а например, изгиб кровеносного сосуда. Только тогда «схлынет» тревожная напряженность, страх за семью, остающуюся без его материальной поддержки, за неоконченные дела и т. д.

4.13. Психотерапия «сомневающейся» ипохондрии (1994) [75)]

Этот клинико-психотерапевтический очерк предлагается прежде всего семейному врачу. Расстройства, здесь описываемые, встречаются нередко у родственников, и чаще всего с ними обращаются именно к врачу общей практики (семейному врачу). Притом эти расстройства, несомненно, есть самые частые и самые благодарные (при умелом, даже кратком, психотерапевтическом воздействии) из всех ипохондрий. Быть может, интересно это будет и психологу для знакомства с теми сугубо клиническими психотерапевтическими случаями, в которых серьезно помочь способен все-таки только врач.

Ипохондрия — переживание по поводу несуществующей болезни или чрезмерное переживание, преувеличение действительной болезни (т. е. ипохондрические наслоения на какую-то определенную болезнь). По клинической структуре различают следующие виды ипохондрии: бредовую, сверхценную, навязчивую, депрессивную. Следует прибавить к

ним и «сомневающуюся» ипохондрию. В случаях бредовой и сверхценной ипохондрии обнаруживается болезненная убежденность в существовании каких-либо патологических расстройств, которых на самом деле нет. Разница между ними в том, что сверхценное переживание имеет в своей основе самоуверенно-прямолинейно переоцениваемый (сверхоцениваемый) какой-то реальный факт и потому психологически понятно, а бредовое переживание психологически непонятно, поскольку не имеет логической посылки. Истинная депрессивная ипохондрия, думается, есть ипохондрия, обнаруживающаяся прежде всего тягостными физическими, неорганически-соматическими депрессивными расстройствами, ощущениями, к которым пациент душевно прикован. Центральным психопатологическим феноменом навязчивой ипохондрии являются навязчивости, а «сомневающейся» — болезненные (патологические) сомнения, тревожная мнительность.

Необходимо сейчас сосредоточиться на различии между навязчивостью и болезненным сомнением. На это различие в начале века указали А. Пик* и П.Б. Ганнушкин. А. Пик в статье «К вопросу психопатологии неврастении» (Pick, 1902) описывает тревожное переживание (в том числе «ипохондрическое беспокойство по поводу неприятных телесных ощущений»), которое «нельзя назвать навязчивой идеей или навязчивыми “эмоциями”, поскольку «главное отличие навязчивостей в том, что больной воспринимает (осознает) эти представления или эмоции как аномалии, чуждые** ему явления, которые, как пишет Вестфаль, противостоят сознанию, трезвой оценке больного». «В наших же случаях, — утверждает А. Пик, — напротив, душевное состояние больного, resp. мысли, его вызывающие, образуют интегрирующую составную часть сознания пациента, resp. его душевного состояния». П.Б. Ганнушкин в статье «Психастенический характер» (1907), ссылаясь на А. Пика, полностью соглашается с этим, подчеркивая, что больной, например, не борется с такой ипохондрической идеей-переживанием. Но, как и Пик, Ганнушкин не предлагает какого-то специального термина для обозначения

---

* Пик Арнольд (1851–1924) — ученик Карла Вестфаля, профессор невропатологии и психиатрии в Праге. Особенно известен классическим описанием одной из форм пресенильных атрофий, названной впоследствии его именем (болезнь Пика).

** Чуждые, понятно, лишь по своему содержанию, в отличие от психических автоматизмов.

этого феномена, кроме как «страхи», «сомнения», не относящиеся к навязчивостям. Уже много лет исследуя эти расстройства, обозначаю их как *болезненное (патологическое) сомнение*, отличающееся от навязчивого сомнения тем, что в случае навязчивого сомнения человек даже еще до проверок, как правило, убежден в том, что сомневается зря (Бурно М., 1970, 1972, 1974, 1979, 1988, 1989, 1990). Обычно же термином «болезненное (патологическое) сомнение» обозначали и обозначают навязчивое сомнение (Суханов, 1912; Матвеева, с. 72). Клиническое открытие Пика и Ганнушкина до сих пор не получило внятного отклика в мировой психопатологии. Хотя ни Пик, ни Ганнушкин не относят эти расстройства ни к навязчивостям, ни к сверхценностям*, для одних психиатров это, как и для Вернике, сверхценные образования (Friedman, 1914; Ковалев, 1974), а для других — навязчивости (Осипов В., 1923; Гиляровский, 1935; Schneider, 1940; Weitbrecht, 1968). Последние ради этого даже расширяют, нарушают классическое определение навязчивостей, отнимая у них самое существо, отмеченное Вестфалем, — понимание пациентом чуждости навязчивого переживания его личностному мироощущению (Westphal, 1877)**. Думается, непризнание опытными клиницистами болезненных *сомнений* объясняется прежде всего тем, что у них, не погружавшихся повседневно в психотерапию таких пациентов, не было серьезной практической надобности различать указанные феномены. Надобность эту и соответственно отчетливое различие указанных феноменов по-настоящему чувствует и осмысливает — через то, что помогает (ex juvantibus), — в своей каждодневной практике клинический психотерапевт. Он обнаруживает в случае навязчивости совершенную ненадобность разубеждать пациента в его навязчивых заблуждениях (например, в навязчивых сомнениях), нелепость

---

* Немецкий психиатр Карл Вернике (C. Wernicke, 1848—1905), тоже, как и А. Пик, ученик К. Вестфаля (школа тонкого проникновения в сложную пограничную психопатологию), описавший в 1892 г. патологические сверхценные идеи (сверхценности), понимал их слишком широко — как психологически понятную болезненно-аффективную переоценку какого-либо реального факта. Уже много лет сверхценные идеи Вернике психиатры чаще понимают как патологическую психологически понятную *убежденность*, а отмеченные Вернике под крышей сверхценностей «чрезмерные сомнения» остались сиротливо в стороне.

** Профессор Карл Вестфаль (1833—1890) — основатель первой берлинской школы психиатров.

которых пациент и так ясно понимает, и психотерапевту остается действовать, например, в духе парадоксальной интенции Франкла*. Или же обнаруживает насущную необходимость разубеждать страдающего болезненными сомнениями, потому что эти расстройства от умелого разъяснения сплошь и рядом полностью уходят. При лекарственном вмешательстве разница эта не видится, так как одни и те же психотропные препараты часто одинаково приглушают (или не приглушают) и то и другое.

Болезненные сомнения, складывающиеся порой в тягостный синдром болезненных сомнений, порождаются тревогой — конституциональной, невротической, процессуальной. Подобно навязчивостям, бреду, они защитно-приспособительно конкретизируют эту поначалу аморфную тревогу, смягчают ее «определенностью» (хоть и патологической). Болезненное сомнение как бы несет в себе ключ к самоуничтожению в виде тяги к квалифицированному разъяснению, в процессе которого сомнение разрешается (при этом, конечно же, тревожная готовность-почва к произрастанию сомнений остается). В этом отношении болезненное сомнение видится часто более качественной защитой в сравнении с навязчивостью, возникающей, как и сверхценность, бред, на иной личностной почве (подробнее см. Бурно М., 1974, 1979). Болезненные сомнения не-психотических размеров возникают преимущественно у людей с дефензивными свойствами: тревожно-мнительных, сомневающихся, неуверенных в себе, испытывающих чувство неполноценности («дефензивность» — понятие, противоположное по своему содержанию понятиям «агрессивность», «авторитарность»). Это особая группа людей психопатического склада: психастеники, астеники, дефензивные шизоиды, циклоиды, ананкасты, эпилептоиды**, это малопрогредиентно-шизофренические паци-

* В. Франкл (1990), как известно, предложил еще в 1939 г. прием лечения навязчивостей, состоящий в том, что пациент по совету врача старается проникнуться пониманием, чувством того, что содержание его навязчивого расстройства имеет смысл; он не только не сопротивляется навязчивости, а, соглашаясь с ней, одобряя ее всей душой, стремится претворить ее в жизнь (например, в случае навязчивого страха покраснеть среди людей намеревается специально, как бы с охотой покраснеть). И тогда, когда навязчивость по содержанию своему перестает быть чем-то инородным личности пациента, его мироощущению (а в этом самое существо навязчивости), когда содержание навязчивости обретает смысл, она, во всяком случае, ослабевает.

** Сомнения могут беспокоить и здоровых тревожных людей (акцентуантов), но тогда мы не говорим о болезненности (патологичности) этих сомнений.

енты*, пациенты с органическим заболеванием мозга — также с дефензивностью (тревожным чувством неполноценности). Не будем входить здесь в дифференциальную диагностику, а сосредоточимся, применительно к задачам семейного врача, на общем клиническом образе человека, страдающего тревожными, болезненными сомнениями, притом преимущественно ипохондрического содержания, т. е. на «тревожном ипохондрике», который с тревожным взором робко входит к врачу пожаловаться на какое-то пустячное расстройство или невинную родинку, лимфатический узелок и т. д., по поводу которых мучается (вдруг это злокачественное начало его конца), и ждет врачебного «приговора».

Болезненность (патологичность) болезненного сомнения (в отличие от здорового сомнения) состоит в том, что болезненное сомнение, порожденное, пронизанное тревогой и склонностью к размышлению, выразительно не соответствует, неадекватно вероятности беды. Нелегкомысленный и в то же время не склонный к размышляющей тревожности человек достаточно спокойно, трезво относится ко всяким, так сказать, мелким неполадкам, в том числе и в своем здоровье. Трезвый вероятностный прогноз, опыт, интуиция житейской практичности обусловливают это спокойствие, выражающееся, например, такой типичной реакцией в ответ на какое-то диспептическое расстройство или «кожную болячку»: «А, ничего, пустяки, пройдет». И чаще, действительно, все это микропатологическое благополучно проходит. Наконец, немало есть на свете людей оптимистически-легкомысленных, способных, «жарясь» на солнце и не выпуская сигарету изо рта, с легкостью верить в то, во что хочется, то есть во все хорошее, в то, что ничто плохое их не коснется. У них-то и есть большие возможности проглядеть у себя начало серьезного заболевания, но благодаря им (а их так много!) человечество не выглядит таким ипохондрическим и у врачей не так уж много работы, как можно было бы себе представить, если бы мало было легкомыслия. У тревожного ипохондрика нет трезвой, практической способности тревожиться лишь более или менее адекватно вероятности беды, нет легкомыслия, и его размышляющая ипохондрическая тревога серьезно, стойко разгорается вокруг любой, даже мелкой, но могущей быть, по его мнению, опасной неясности по поводу своего здоровья или здоровья близких. Когда Гамлет на кладбище

* Сейчас уже нередко вместо «шизофрении» в подобных случаях говорят на западный манер о «бодерлайн» («пограничных») пациентах (borderline personality disorder), стоящих как бы между невротиками и «психотиками».

рассказывает Горацио, что прах Александра Македонского, вследствие случайных обстоятельств обратившись в глину, может «оказаться в обмазке пивной бочки», Горацио замечает, что «это значило бы рассматривать вещи слишком мелко»*. Тревожный ипохондрик нередко вот так «слишком мелко» рассматривает любую «неровность» в своем здоровье не как случайную, а как возможно опасную для жизни или сулящую позор (сифилис), сумасшествие. Беда всякий раз представляется ему весьма вероятной, и вот он уже «захлестнут» ипохондрическим страхом неотвратимой беды, беспомощен, жалок и остро нуждается в психотерапевтической помощи. Все это так даже у маленького ипохондрика, дошкольника, тревожно-целенаправленно прислушивающегося к своим ощущениям. «Ох, что-то там внутри больнуло, — жалуется он. — Значит, заболел, скоро умру, да?» И отчаянно просит объяснить ему, почему это не страшно, не опасно. Это же отчаяние, но уже «взрослое», мы видим даже в глазах профессора-медика, устраивающего себе каждодневные тревожные осмотры, «диспансеризации» (обычно он не онколог, не дерматолог). Напуганный неясным ему уплотнением в коже или слизистой, он напряжен душевно и не в состоянии в это время с вдохновением читать лекцию, писать статью и т. д. А стеснительная студентка-медичка в своем тревожно-ипохондрическом отчаянии готова, раздетая, терпеть иронизирующих над ней молодых врачей-мужчин — только бы ее успокоили в том, что ее «подозрительная» родинка не есть меланома. В этом отношении тревожные, но опытные онкологи, дерматологи спокойнее за себя, так как приобретают, кроме всего прочего, профессиональное чувство сравнительной (с количеством своих ипохондрических страхов) редкости злокачественных образований, при всем том, что надобно быть онкологически настороженным.

Тревожная ипохондричность усиливается по временам сама по себе, например, во время фазы у психопата (спонтанного выраженного расстройства настроения — в данном случае с усилением ипохондрической тревоги, цепляющейся за все вокруг, дабы наполниться конкретным содержанием). Ипохондрик видит, что его фолликулярная пустула явно подсыхает, значит, уже точно это не рак. Тогда он, ощутив тревожно какую-то неловкость во рту, находит с помощью двух зеркал нечто подозрительное на верхнем небе и т. д. В таком состоянии возможно тревожно-ипохондрическое переживание-беспокойство даже без определенного со-

* *Шекспир В.* Гамлет / Пер. Б. Пастернака. — М.: Художественная литература, 1964, с. 222–223.

держания: «Вот умру от чего-нибудь скоро, как бывает это и с нестарыми людьми! Как будет жена без моей зарплаты выплачивать за кооперативную квартиру?» Усиливается ипохондричность и вследствие различных ситуационных переживаний, и в связи с усталостью. Пубертат, живая молодость, и особенно начальные инволюционные изменения обычно обостряют, «воспаляют» тревожную ипохондричность. К старости ипохондричность нередко стихает, притом что тревожность по другим поводам (например, за близких) может еще оставаться довольно острой. С возрастом философически умудренные, часто пожилые уже ипохондрики научаются при различных «перебоях», «неполадках» в работе организма с более или менее спокойной покорностью судьбе думать уже о самом плохом, безысходном, а потом радуются, что вот, оказывается, все не так уж плохо и можно еще пожить.

Тревожный ипохондрик, конечно же, прежде всего пугается того в своем здоровье, что «лежит на поверхности» и доступно самоисследованию (можно посмотреть, пощупать) или дает себя знать болями, неприятными ощущениями, нарушениями функции (диспептические расстройства, кашель и т. д.). При этом медицинская начитанность, публикуемые уровни радиации в разных местах города, вообще нынешняя необходимая санитарно-экологическая осведомленность пациента*, понятно, расширяют круг его ипохондрий, увеличивают его «ипохондрическое время» (ту часть дня, что он предается ипохондрическим переживаниям). Так, тревожному ипохондрику, который не знает, что встречается, существует рак яичка или рак молочной железы у мужчин, живется гораздо легче, чем тому, кто об этом знает. Полузнание здесь хуже незнания, и это особенно наглядно обнаруживается у пациентов-врачей. Ипохондрик-психиатр обычно не боится шизофрении, а ипохондрик-онколог — рака. Нередко имеет значение и профессиональное вдохновенное мироощущение, чувство долга, смысла своей жизни, в силу которого, например, психиатр не боится умереть от руки душевнобольного, иммунолог — от вирусов, которые исследует, натуралист-путешественник — от укуса змеи.

---

* Уместно здесь привести некоторые фрагменты европейских «Десяти заповедей профилактики рака» (эта вырезка из «Литературной газеты» от 8 октября 1986 года хранится у многих ипохондриков): «Женщинам после 30 лет периодически ощупывать свои молочные железы», «обращаться к врачу в тех случаях, когда родинки на вашем теле увеличиваются, изменяют свой цвет или начинают кровоточить», «сообщать лечащему врачу обо всех узелках или уплотнениях, обнаруженных на теле» и т. д.

Тревожные ипохондрики, как правило, несут в себе особую конституциональную почву, благодатную для возникновения побуждающих к ипохондриям различных функциональных и остеохондрозных расстройств. Отсюда склонность, например, к спазмам желудка, кишечника, колебаниям артериального давления, повышенной потливости, повышенному слюноотделению, салоотделению, изжоге, а также к различного рода миалгиям, невралгиям, гиперестезиям, парестезиям. Нередко предрасположены они к функциональному пневматозу желудка и геморрою. Еще С.А. Суханов (1905) отмечал у них склонность к воспалительным заболеваниям носоглотки, эндометритам (у женщин), высокие рефлексы (в том числе коленные).

Практически в представлениях тревожных ипохондриков как бы вообще не бывает пустяковых, несерьезных расстройств, недомоганий. Даже в обычной простуде такой человек нередко насторожен: а вдруг под маской простуды (как это, пусть редко, но бывает) началось «что-то похуже».

Многолетний опыт дает возможность кратко рассмотреть здесь основные, чаще всего встречающиеся темы наиболее серьезных, склонных углубляться и затягиваться ипохондрических переживаний.

I. Кожа, подкожная клетчатка, доступная ощупыванию железистая ткань.

1) Боязнь меланомы в случае даже еле заметного воспаления участка кожи с родимым пятном, буквально «микроскопического» изменения цвета родинки, плотности и т. д.

Онкологическая настороженность (как и настороженность в отношении возможного серьезного соматического заболевания вообще у ипохондрика) должна пронизывать внимательностью всякого врача, и в том числе врача-психотерапевта, при всем том, что тревожные ипохондрики довольно часто, по причине прежде всего опять же своей тревожно-ипохондрической конституции, доживают до глубокой ясной старости. Но врачу общей практики, психотерапевту важно все же знать клинику меланомы, как и другого злокачественного заболевания, которое также непозволительно трагически запустить, — настолько хорошо, чтобы уметь заподозрить это заболевание, вовремя направить на консультацию к специалисту и в то же время гораздо чаще ответственно заявить пациенту, что нет оснований думать, например, о меланоме, это другое, достаточно безобидное «то-то и то-то». Смолоду мне особенно помогают в этом работы тонкого клинициста-онколога А.П. Шанина. Шанинская онкологическая научная проза поистине отрезвляет, успокаивает и вместе с тем по-деловому настораживает и

психотерапевта, и тревожного ипохондрика, «дрожащего» над каждой своей родинкой. Так, например, читаем: «Нужно ли лицам, имеющим врожденные пигментные и непигментные невусы, незамедлительно обращаться к хирургам за активной помощью? Конечно, нет. Как известно, около 90% людей имеют врожденные пигментные или другие невусы, случаи же меланомы встречаются относительно редко. Лица, имеющие пигментные невусы на местах, подвергающихся травме, а также при внезапном увеличении невуса в размерах или усилении его пигментации, должны немедленно обращаться к хирургу для радикального удаления пигментного пятна» (Шанин, 1964, с. 644). В среднем и пожилом возрасте ипохондрики часто принимают за меланому обычно достаточно безобидные старческие бородавки (Verruca Senilis). Для квалифицированной психотерапевтической помощи таким пациентам врачу необходимо знать жизнь старческой бородавки, которая неправильно названа старческой, встречается и у молодых, нередко себорейно блестит, со временем отшелушивается и т. д.

2) Боязнь рака кожи в случае различных язвочек, ссадин, трещин, воспалительных и секреторных кожных расстройств. Тревожный ипохондрик, например, пугается нередко даже по поводу comedo, и следует внятно, с подробным пониманием микропатологии объяснить ему, что это не рак, не «меланомная родинка», а черная сальная пробка, и вот, в доказательство, даже выдавливаю ее. И тогда ипохондрик облегченно и благодарно смеется над собой, над тем, что вот как у страха глаза велики. Вообще порой он с тревогой расспрашивает врача о таких «мелочах», замеченных им у себя на коже, что ставит в тупик даже опытного дерматолога, не вникающего в нюансы здоровой жизни кожи.

3) Боязнь лейкозных лимфатических узлов — обычно на почве безобидных плотных увеличенных узелков вследствие перенесенных воспалительных процессов. Подробно уже описывал это (Бурно М., 1974, 1979).

4) Боязнь опухоли молочной железы, опухоли яичка и т. д. Бывает, тревожному ипохондрику-мужчине довольно заглянуть, например, в книгу «Рак молочной железы у мужчин» (Островская, Островцев, Ефимов, 1988) и узнать, что такая болезнь есть (хотя встречается и в сто раз реже, чем у женщин) и что даже специалисты часто ее проглядывают, чтобы потом каждодневно годами ощупывать свои соски.

5) Боязнь папилломатоза кожи, который может озлокачествляться. Чаще всего ипохондрик принимает за папилломатоз безопасные роговые кисты — белые угри (milium), рассыпанные вокруг анального отверстия или на половых

органах. То же самое на коже лица не вызывает обычно тревог, так как это наглядно видится и у многих других людей.

II. Слизистые оболочки, доступные обозрению, ощупыванию.

Это боязнь рака, предрака обозримых ипохондриком слизистых, вызываемая такими обычно несерьезными расстройствами, как вскоре заживающие трещины, эрозии, единичные афты, благополучно рассасывающиеся ретенционные кисты (например, из нунниевой железы с напряженным ее отверстием на нижней поверхности кончика языка, близкие к анальному отверстию геморроидальные узлы и т. д.).

III. Боязнь опухолей костей с постоянным ощупыванием ключиц, грудины и т. д.

IV. Боязнь рака, полипоза гортани в случае простудной охриплости. Боязнь опухоли легкого, которая, как нередко известно ипохондрику, поначалу может никак не давать о себе знать. Кстати, ипохондрии, не основанные на каких-то «находках» на коже и слизистых или на ощущениях в каких-то местах организма (например, кишечный спазм, сердцебиение), обычно имеют иную, психологически понятную, причину (например, известие о раке легкого у родственника, знакомого и т. д.).

V. Боязнь рака желудка, кишечника — особенно в случаях изжоги, усиления аэрофагии со слышной на расстоянии пустой отрыжкой, как и тревожно-ипохондрическая реакция на запор, понос, обострение геморроя и т. д. Внимательный осмотр, тщательная внимательная пальпация органов живота с живым серьезным объяснением-ободрением тут нередко снимает ипохондрию.

VI. Боязнь опухоли головного мозга при функциональных головных болях и особенно при приступах мерцательной скотомы (с ее «зловещей» клиникой), к которой тревожные ипохондрики весьма предрасположены. Мне существенно помогала в психотерапевтической работе с ипохондриками, страдающими мерцательной скотомой (scotoma scintillans, *син.* глазная мигрень), представляющая теперь библиографическую редкость книга отечественного офтальмолога С. С. Головина «Клиническая офтальмология»*. Там приводится замечательно живое клиническое описание этого,

* Т. 1, ч. 2. М.–Пг.: Госиздат, 1923. С. 620–621.

чаще всего функционального, расстройства, понятное и не врачу (например, «дрожание, вибрация, напоминающая переливание воздуха в ясный день над горящим костром», «в этой туманности ощущение как бы сверлящей точки, из которой вслед затем развивается сильное мерцание в виде искр, мелких и зигзагообразных линий обыкновенно золотистого цвета»). Но главное, С.С. Головин отмечает, что мерцательная скотома «в огромном большинстве случаев... представляет невинное страдание, наблюдающееся преимущественно у лиц умственного труда, переутомленных, нервных». Далее автор пишет весьма целебно для ипохондриков: «Лично я также страдал припадками этой болезни, появившимися приблизительно с 25 лет, повторявшимися в типической форме, хотя, большей частью, и без головных болей, то очень часто, то очень редко, и почти совсем прекратившимися в конце 40-х годов моей жизни. Испытанное по собственному опыту ощущение легко позволяло мне диагностировать мерцательную скотому у тех больных, которые своим спутанным описанием вводили в заблуждение других окулистов, заставляя их предполагать начало какого-нибудь более серьезного заболевания, например, глаукомы, зрительного неврита и т. п.» Отмечу здесь, что в молодости также нередко наблюдал у себя это расстройство. Психотерапевтически сильно действует на тревожного ипохондрика врачебное разубеждение, опирающееся на искреннее признание: «У меня есть такая же родинка» или «Со мной тоже подобное бывало» и т. д. В некоторых случаях основательно успокаивает пациента то, что какое-то пугающее его расстройство (к примеру, та же мерцательная скотома) было у любимого писателя, художника. Вот он читает в письме А.П. Чехова А.С. Суворину: «Вчера и сегодня головная боль, начавшаяся мельканьем в глазу, — болезнь, которую я получил в наследство от маменьки»*, и облегченно смеется.

VII. Боязнь опухоли спинного мозга, например в случае затянувшегося ишиаса.

VIII. Боязнь психической болезни в случае тревоги по поводу своих душевных трудностей, головокружений, страхов. Если практически во всех вышеуказанных случаях ипохондрик боится смерти, беспомощного мучительного состояния перед смертью, то здесь он боится своей беспомощности в сумасшествии.

---

* *Чехов А. П.* Полн. собр. соч. и писем. Письма. Т. 5. М.: Наука, 1977. С. 49.

IX. Боязнь позорных (венерических) болезней обнаруживается прежде всего у молодых ипохондриков, вспоминающих свои «грехи» (в том числе даже поцелуи). Все больше теперь ипохондрических состояний «спидного» содержания, в которых страх позора соединяется со страхом смерти. Резко увеличилось, к примеру, число таких ипохондрий после того, как в парикмахерских отменено бритье. Брившиеся там прежде ипохондрики впадают ныне в тревожные сомнения по поводу того, что уже, возможно, заражены и приходится теперь мучиться неопределенностью, так как инкубационный период может продолжаться годы.

Указанные выше основные темы «сомневающихся» ипохондрических переживаний, быть может, подскажут молодому психотерапевту, врачу общей практики, к чему тут нужно быть в первую очередь готовым, о каких болезнях следует тут иметь достаточно отчетливое представление, чтобы уверенно говорить о них с ипохондриками. Может сложиться впечатление, что психотерапевт должен одновременно быть тонким, опытным клиницистом в отношении всех этих соматических болезней. Однако, убежден, весьма редко истинный психиатр-психотерапевт способен одновременно к этому, поскольку соматология требует все же иной личностно-профессиональной предрасположенности для проникновения в ее тонкости. Так же редко и опытные знатоки своего дела — хирург, терапевт — способны свободно чувствовать себя в тонком клиническом исследовании сложных личностных переживаний пациента. Но есть важная общая грань у соматолога и психиатра-психотерапевта, где оба они, думается, способны сделаться виртуозами. Это область жалоб, субъективных переживаний соматических расстройств. Погружаясь в непростой мир ощущений, переживаний соматического больного, научившись клинически исследовать этот мир, возможно с достаточно высокой вероятностью заподозрить именно какую-то соматическую патологию или отметить, что все это есть типично ипохондрические переживания. В этой области и следует постоянно совершенствоваться психиатру-психотерапевту, одновременно по возможности совершенствуя и клинический опыт исследования кожи, слизистых, лимфоузлов и т. д. Психиатру-психотерапевту, работающему с ипохондриками, подчеркиваю, важно уметь с соматической (в том числе онкологической) настороженностью заподозрить действительно соматическое заболевание у пациента, чтобы направить его на консультацию к специалисту. И в то же время следует научиться не направлять к специалисту чаще, чем следует, дабы меньше

было тревожно-бессонных ночей ожидания результатов анализа, рентгена и других «ужасов», бесконечных прощаний с близкими, мучительных тревог, например, о том, что трудно будет получить место на кладбище и т. д. В некоторых случаях ипохондрик, охваченный невыносимой тревогой, сам ищет всевозможные (порой дорогие) исследования (гастроскопия, томография и т. д.), «проходит» их, а потом, «зацикливаясь», повторяет их до бесконечности («Да, в прошлом месяце не нашли опухоль, ее еще не было тогда, но вдруг она начала расти в этом месяце?»). В таких острых, терапевтически трудных случаях, дабы разорвать безысходно-тревожный круг, остается «глушить» тревогу транквилизаторами или строго предупредить, испугать пациента, что исследования эти небезопасны. Нередко возможно «отрезвить» таких ипохондриков, объяснив им со смехом комичность их положения, попросив представить, что было бы, если бы все люди на Земле стали такими тревожными и каждый день вот так обследовались. В конце концов, можно и «с душой» накричать на пациента, дабы он успокоился, сообразив, что на «обреченных» так все-таки не сердятся.

Итак, помощь врача при достаточно выраженных болезненных сомнениях прежде всего заключается в том, чтобы квалифицированно разъяснить пациенту, что у него нет оснований думать о чем-то страшном для него. Сомнение требует разъяснения и излечивается им. И тут существенно поможет тот, кто, во-первых, достаточно хорошо разбирается в патологии и в здоровых соматических и душевных особенностях, по поводу которых возникают разнообразные ипохондрические переживания, и, во-вторых, умеет сердечно-толково, добросовестно-терпеливо, порою с выразительной шуткой — разъяснять. При этом важно не просто быть терпеливым, а испытывать достаточно глубокое сочувствие к пациенту, понимать его душу, его человеческую ценность. Не следует забывать, что ипохондричность, как правило, не есть самое существо этих людей, что эти тревожные, дефензивные пациенты одновременно часто отличаются глубокой, обостренной нравственностью, что они и в общественной, моральной жизни также «слишком мелко» (вспоминая «Гамлета»), с щепетильной совестливой тревожностью рассматривают различные важные вопросы. Жизнь для многих из них есть тревожная мука не только в ипохондрическом, но и в нравственном отношении. Сегодня такой человек тревожно рассматривает свою кожу, часами «ощупывает» языком слизистую рта в поисках «опухолей», а завтра мучается нравственно от подробной жалости к кому-то, старается помочь многим нуждающимся в его помощи, чтобы меньше му-

читься. Эти люди нередко боятся смерти, так как опасаются не успеть выполнить свой жизненный долг, не успеть совершить в жизни свои общественно-полезные дела, к которым тянутся. Таким образом, тревожная ипохондричность во многих случаях, отнимая немалое время, побуждает и много работать, как только полегче, чтобы отвлекаться от тревожных мыслей, побуждает неустанно совершенствоваться в творчестве и добрых делах. Должно разъяснить это нашим неуверенным в себе пациентам, поскольку порою сами они этого не осознают. Освободить (нередко в считанные минуты) этих рабов тревоги, рабов тревожных сомнений (хоть на день-другой) от тягостного состояния и тем вернуть их к их часто высокополезной для людей работе — есть благородное врачебное дело, и врач часто даже не знает, какую бесценную помощь приносит всякий раз ипохондрику, снимая с него зловещий груз болезненных сомнений.

Попытки лечить тревожных ипохондриков с болезненными сомнениями психоанализом обычно встречают недоумение, досаду у большинства этих пациентов, реалистически ясно чувствующих, что беда их коренится в их врожденном тревожно-сомневающемся характере. Не помогает здесь обычно и священник, сообщающий страдальцу, что сомнение — зло. Вообще истинный аутист редко бывает ипохондриком, так как обычно чувствует свой дух частицей бессмертной Гармонии, Красоты, Истины, Бога, и ему легче примириться с разрушением смертью своей телесной «коробки».

Конечно же, разъяснять, разубеждать здесь следует поразному — в зависимости от особенностей душевного склада тревожного ипохондрика. Рассудочным, склонным к подробному анализу, с тревожной «заковыристостью» мысли приходится все «разжевывать до последней черточки», показывать иллюстрации в медицинских атласах и т. д. Пациента, не склонного к анализу, но с бушующей эмоциональностью, надобно как-нибудь рассмешить и тем самым «сдвинуть», ослабить его аффективную ипохондрию. Если это не удается, то возможно даже попробовать довести его, измученного тревогой, зловеще-юмористическими предположениями до последнего, фантастического ужаса, дабы наконец он отрезвел, быть может, рассмеялся. Пациенту, также не склонному к анализу, тщательной аргументации, а просто тревожно-мнительному, даже пугающемуся «ученых объяснений», проведем лечебное внушение в бодрствующем состоянии или в гипнозе. Пациенту с абстрактно-философическим складом ума начертим близкую его отношению к жизни схему, график, представим ему абстрактную концеп-

цию, объясняющую его трудности, и т. д. — и все это его более убедит, нежели житейски-трезвое разъяснение, подобно тому как для ребенка понятнее, органичнее будет разъяснение сказкой. Одним ипохондрикам посоветуем творческую работу наедине с собой, другим — быть занятым с утра до вечера на людях, чтобы не оставалось времени для тревожных сомнений, или дома пусть постоянно трудится по хозяйству.

Нередко объясняю пациенту, что во время сильной тревоги он искаженно-панически воспринимает свои обыкновенные прыщики и этот же прыщик у другого человека увидел бы обычно безопасным, без всякой неясной тревожной «возможной злокачественности». Обучаю отрезвлять себя от тревожной затуманенности, например, заучиванием пяти классических признаков воспаления (Цельзус, Гален) по-русски и по-латыни: краснота (rubor), припухание (tumor), боль (dolor), повышение температуры (calor) и нарушение функции (functio laesa). И тогда ипохондрик в тревожной охваченности, когда у страха большие и неверные глаза, старается проникнуться этим чеканным древним и сегодняшним научным положением, твердит его себе, наглядно проверяет на своем прыщике все эти признаки и успокаивается определенностью, знанием.

И врач общей практики, и психотерапевт, работающий в поликлинике, в соматической больнице, способны по условиям своей работы помогать ипохондрикам в основном симптоматически, как принято говорить в мире — психотерапевтически-краткосрочно (short-term, brief psychotherapy). Однако возможно краткосрочно применить и элементы *Терапии творческим самовыражением* — сложного метода, предназначенного для углубленной помощи дефензивным пациентам, в том числе и с ипохондрическими расстройствами (Бурно М., 1989). Существо указанного метода в его полном виде состоит в том, что пациенты в течение нескольких лет на специальных занятиях в уютной обстановке (групповых, наедине с психотерапевтом, домашних) изучают свои и иные характерологические особенности, расстройства, для того чтобы познать себя, других, возникшей определенностью рассеять туман тревожной растерянности по поводу того, что с ними происходит в их жизни, и, главное, понять-прочувствовать достаточно глубоко себя (в сравнении с другими) в творчестве (в самом широком смысле этого слова). Таким образом помогаем пациенту осознать-нащупать, открыть собственный, сообщающий истинное вдохновение, осмысленный путь в жизни и увлечен-

но укрепиться на этом пути. Все это невозможно без усердной работы в группе творческого самовыражения и углубленного чтения. И тогда, в стойкой творческой одухотворенности, в обогащенной и укрепленной жизненным смыслом душе ослабевает изначальная, конституциональная тревога — и в том числе склонность к ипохондрическим образованиям. Яркое ощущение, осознание своего смысла жизни как бы поднимает ипохондрика над тревогами, у него теперь есть что-то, что выше, главнее жизни, и он уже не так боится смерти. В тонкой, достаточно строгой отправляемости сложных психотерапевтических воздействий от особенностей личности, клиники, дабы врачебно и здесь помочь Природе защищаться совершеннее, заключается научно-клиническое существо терапии творческим самовыражением. Терапия творческим самовыражением проникнута клиническим, одухотворенно-материалистическим строем мысли. Но пациенты идеалистического склада могут потянуться в процессе лечения к иной целебной духовности — например, религиозной, экзистенциальной.

В краткосрочной психотерапевтической работе, конечно, возможно использовать лишь отдельные симптоматические моменты Терапии творческим самовыражением, пытаясь (по возможности дифференцированно) побуждать пациентов к самопознанию в творчестве (индивидуально и в группе). Есть два тесно связанных между собой общих момента в Терапии творческим самовыражением, которыми возможно кратко (уже после того как разъяснением сняли ипохондрию), благотворно-отрезвляюще воздействовать на любого тревожного ипохондрика со страхом смерти. Первый. Говорим ипохондрику примерно так. Вот ушла ваша очередная ипохондрия, но остается почва, на которой могут с легкостью вырасти другие ипохондрические цветы. И эта почва есть ваш тревожный характер, в котором таится повседневный и довольно острый страх смерти. Посмотрите вокруг себя — как много пациентов, врачей, медсестер, санитарок здесь в поликлинике! И сколько совсем неизвестных нам людей идут по своим делам за окном... Вон березы, собака бежит, это шотландская овчарка. Так вот, если б возможно было волшебно повернуть сейчас рычаг времени лет на четыреста, никого — ни людей, ни собаки — не останется в живых. Все будут новые люди, другие березы, собаки. И вы разве хотели бы этаким ихтиозавром жить среди них в полном смысле — как живой состарившийся человек — через четыреста лет? Конечно же нет. Так уж мы устроены, и жизнь (какой бы долгой она ни была) есть мгновение. Остается дорожить сегодняшним днем и благодарить судьбу за

то, что вообще родился. Ведь никогда еще не родился и не родится такой точно человек, как вы или я, с такими в точности особенностями, душевными и телесными. Из этого, первого, момента естественно выходит второй. Что остается нам делать? Остается жизненно, творчески, во имя добра всячески выражать себя и надеяться, что доживем в этом благотворном целительном вдохновении до глубокой старости. Для того чтобы не впадать так часто в тревоги, ничего не остается, как осмысленно, оперевшись душой на смысл своей жизни, делать людям хорошее и этим жить. Помните, как об этом сказано в чеховском «Крыжовнике»? Итак, важно осмысленно делать свое, пусть малое, но доброе дело, наполняющее душу светом, а смерть, болезни, которые придут когда-то, — это от нас не зависит. И пока не проникнитесь *своим* смыслом, *своей*, именно *своей* личностной жизненной дорогой или тропинкой, — все будет путаница-каша в душе, чувство никчемности своей, несостоятельности, тревога, выливающаяся в тревожные ипохондрии. Тревожная «каша», неопределенность по-настоящему уходит только от непрекращающегося творчества*, вносящего в душу стойкую, осмысленную определенность, поскольку всякое творчество есть духовный поиск себя самого для других.

4.14. О психастеническом мироощущении А.П. Чехова (в связи с рассказом «Черный монах») (1996)** [88)]

Уже более тридцати лет постоянно думаю о Чехове, поскольку пациенты, с которыми занимаюсь особенно много, более или менее похожи на Чехова и многих чеховских героев своими душевными особенностями. По этой причине Чехов им нередко ближе, созвучнее других писателей — и своим мироощущением тоже. Думаю, что Антон Павлович Чехов — психастеник. Это не душевная болезнь, а определенный болезненный характер, притом, как правило, более трудный для себя, нежели для других. Гениев со здоровой душой нет вовсе, и подлинное глубокое творчество всегда

* Творческое вдохновение (Творчество) есть Любовь (в узком и широком смысле), и Любовь как радостная встреча с собою для нее (для него) есть Творчество.

** Доклад на конференции «“Черный монах” А.П. Чехова глазами врача и филолога» (Дом-музей А.П. Чехова на Садовой-Кудринской в Москве, 16 февраля 1996 г.).

есть серьезное лечение гения. На одухотворенно-творческой высоте жизни пропадает граница между больным и здоровым, значение имеет лишь структура-рисунок души, а он, понятно, гораздо отчетливее и богаче в своем патологическом усилении. Структура-рисунок души творца светится-звучит в его произведениях, переживаниях, поступках. Не проникнувшись этим «рисунком», мы не проникнемся и закономерностями творчества писателя так, как это возможно сделать естественно-научно, то есть исходя в данном случае из биологической основы души (а не теоретико-психологически, не филологически, где исследование идет мимо этой основы). Чехов сам говорил, писал о том, что писателю для понимания людей, жизни необходимо изучать психиатрию (Т.Л. Щепкина-Куперник. Дни моей жизни, 1928; письмо Е.М. Шавровой от 28 февр. 1895, подробно — в книге Е.Б. Меве «Медицина в творчестве и жизни А.П. Чехова», 1989). Антон Павлович не считал себя душевнобольным. «Кажется, я психически здоров, — писал он А. С. Суворину 25 янв. 1894 г. — Правда, нет особенного желания жить, но это пока не болезнь в настоящем смысле, а нечто, вероятно, переходное и житейски естественное». Слово «переходное» соответствует психиатрическому термину «пограничные состояния», к которым и относится «психастения». Во многих чеховских письмах, особенно Суворину, с которым Чехов много лет был так откровенен, еще задолго до чахотки рассыпаны характерные психастенические жалобы: на месяцами продолжающееся «безличное и безвольное состояние», когда «у меня не характер, а мочалка» (А. Суворину — 18 авг. 1893 г.), на «боязнь публики и публичности» (А. Эртелю — 4 марта 1893 г.), на «противную» «физическую и мозговую вялость, точно я переспал» (Ал. Чехову 16 марта 1893 г.), на «нервы скверные до гнусности», на то, что нет «смелости и умения жить» (Ал. Чехову — 4 авг. 1893 г.), на телесное и душевное постарение — «встаю с постели и ложусь с таким чувством, как будто у меня иссяк интерес к жизни» (А. Суворину — 8 апр. 1892 г.), на «смертную тоску по одиночеству» и «отвратительное психопатическое настроение» (А. Суворину — 28 июля 1893 г.). М.П. Чехов («Вокруг Чехова», 1960) описывает типичные для психастении ипохондрические и вегетативные расстройства брата: «усилившийся геморрой (...) наводил на него хандру и мрачные мысли и делал его раздражительным из-за пустяков»; «мучительная боль в левом виске, от которой происходило надоедливое мелькание в глазу (скотома)». О чеховской ранимости, застенчивости-стеснительности, страхе обратить на себя внимание людей вокруг себя одухотворенно-тонко пишет в сво-

их воспоминаниях Н.Д. Телешов («Чехов в воспоминаниях современников», 1960).

Не думаю, чтобы Чехов, писатель-врач с естественно-научным мироощущением, серьезно интересовавшийся психиатрией, посердился бы на то, что усматриваем в нем психастеничность, что и через это пытаемся по-своему глубже-подробнее проникнуть в чеховское. Для чего? Конечно же, для того, чтобы лучше помочь пациентам. Помочь им понять-прочувствовать в процессе Терапии творческим самовыражением (сложный лечебный метод, который разрабатываю-совершенствую уже много лет), как именно Чехов, страдая подобными трудностями, успешно лечил себя творческим самовыражением в своей жизни. «...Работая, я всегда бываю в хорошем настроении» (Л. Авиловой — 6 окт. 1897 г.).

В чем же существо психастенического склада? Прежде всего — в слабой, вяловатой чувственности, мешающей, при всей психастенической мыслительной реалистичности, непосредственно, живо, естественно воспринимать мир и самого себя в отчетливой красочности (в противовес, например, чувственно-истерическому Бунину или сангвинически-синтонному Мопассану). Блеклая чувственность с неловкой, рабски-тревожной неуверенностью в своих чувствах психологически понятно соединена в психастенике с компенсаторной склонностью к тревожному анализу-размышлению о себе и мире и с внешне скромной одухотворенностью. Снаружи часто малозаметная, эта неуверенность в своих чувствах обостряется переживанием обезличенности в непосредственном общении с людьми, особенно малознакомыми. Тревожный самоанализ с нравственно-этическими страданиями, например, в духе нервного припадка, случившегося с чеховским студентом Васильевым («Припадок»), нередко усложняется страхами перед тяжелыми болезнями у себя, близких людей, перед всем, что может серьезно помешать служить своему делу, по возможности выполнить-завершить свое жизненное предназначение (к примеру, страх перед женитьбой). Ко всему, что не помогает служить своему делу, на котором всецело сосредоточен, — психастеник может быть довольно прохладен-суховат (при всем внешнем дружелюбии), хотя и мучается за это угрызениями совести. Правда, по обстоятельствам, он может избирательно проникнуться острым сочувствием, жалостью к кому-то (в том числе к несчастному животному), не имеющему прямого отношения к делу его жизни. По причине загруженности одухотворенным размышлением без чувственной практичности психастеник, в отличие от чувственных натур, не столько чувствует человека «нутром», «по-женски», сколько

осмысляет-анализирует его в сопереживании ему. И может по этой причине (особенно если он не психиатр) немало ошибаться, например, в нравственных качествах человека, подобно Чехову, так долго отчетливо не чувствовавшему безнравственные черты Суворина. Психастеничность не только Чехова, но и наших пациентов (в том числе и многих лишь похожих на психастеников, то есть психастеноподобных) сказывается в прозе не столько действием, сколько нравственно-этическими переживаниями-размышлениями, монологами, представляясь многим практичным людям «порядочным занудством».

Во многих письмах Чехов типично психастенически жалуется на свои душевные трудности, характер. Так, рассказывая в письме Суворину (4 мая 1889 г.) о своих «психоорганических свойствах», Чехов сетует, что для литературы в нем «не хватает страсти и стало быть таланта». «Я не разочарован, не утомился, не хандрю, а просто стало вдруг все как-то менее интересно. Надо подсы́пать под себя пороху». Суворин, которому более всех досталось в письмах чеховских жалоб, видимо, все советовал писателю жениться. «Жениться я не хочу, — писал ему Чехов (18 окт. 1892 г.), — да и не на ком. Да и шут с ним. Мне было бы скучно возиться с женой». И вообще «от жизни сей надлежит ожидать одного только дурного — ошибок, потерь, болезней, слабости и всяких пакостей». «Для самолюбивых людей, неврастеников нет удобнее жизни, как пустынножительство. Здесь ничто не дразнит самолюбия и потому не мечешь молний из-за яйца выеденного». Стараясь (из психастенической деликатности-терпимости) внешне быть гостеприимным, Чехов психастенически страдал от продолжительного общения с людьми, обострявшего его тревожное переживание своей неестественности и страх не выполнить свой жизненный долг, то есть не успеть выразить себя достаточно по́лно в своих художественных произведениях. Именно здесь, а не в медицине. А. Суворину (2 авг. 1899 г.): «...Не хорошо быть врачом. (...) Все это противно, должен я Вам сказать. Девочка с червями в ухе, поносы, рвоты, сифилис — тьфу!!» Об относительном гостеприимстве Чехова. А.С. Суворину (8 дек. 1893 г.): «...Ах, если б Вы знали, как я утомлен! Утомлен до напряжения. Гости, гости, гости... (...) Я ведь и из Москвы-то ушел от гостей. (...) А мне надо писать, писать и спешить на почто́вых, так как для меня не писать значит жить в долг и хандрить». М.П. Чеховой (17 янв. 1898 г.): «Я встаю рано и пишу. Утром мне хорошо, день проходит в еде, в слушании глупостей, вечером киснешь и хочешь одного — поскорее бы остаться solo».

Тоска по одиночеству характерна для психастеника (независимо от таланта и профессии) именно потому, что лишь наедине с собою он приходит в себя: ослабевает тревожное переживание той неестественности (напрягающее его на людях), яснее становится собственное чувство-отношение к происходящему с ним в жизни, и он, соскучившийся по себе самому, по самым близким ему людям, успокаивается в сравнительной душевной свободе, тревожась, однако, что кто-нибудь чужой может нарушить это его ощущение свободы-самособойности. А если в тишине спасительного одиночества он еще имеет возможность творить, то это еще более усиливает радость встречи с собою до светлого вдохновения. Из всего этого нетрудно вывести свойственное психастенику мироощущение. Тревожный, аналитически сомневающийся, неуверенный в себе, в своих чувствах реалист, он боится смерти. В отличие от людей одухотворенно-аутистического (идеалистического) склада, психастеник обычно не способен к серьезному религиозному переживанию. «...Смерть — жестокая, отвратительная казнь,— говорил Чехов. — Если после смерти уничтожается индивидуальность, то жизни нет. Я не могу утешиться тем, что сольюсь со вздохами и муками в мировой жизни, которая имеет цель. Я даже цели этой не знаю. Смерть возбуждает нечто большее, чем ужас. (...) Страшно стать ничем» (Дневник Суворина, 1923). Антон Павлович явно чувствовал-понимал неразрывность непосредственно (а не в рассказе, например) существующей духовной индивидуальности с телесными особенностями человека, рассыпающимися в гробу. В отличие от людей чувственно-истерического склада, Чехов не мог счастливо вытеснять из сознания неугодное, веруя в то, что смерть имеет отношение лишь к другим людям. Не способен был Чехов и жить-наслаждаться сегодняшним днем, синтонно-эпикурейски радуясь тому, что смерти нет, пока есть «Я», а когда придет смерть, меня с моими переживаниями уже не будет. Как психастеник Чехов понимал, что «станет ничем», это было страшно и хотелось остаться в жизни людей после своей смерти духовно таким, какой есть, то есть живой нравственной индивидуальностью — в своих произведениях, важных для людей, в своих письмах, в воспоминаниях современников*. Это и было для него подлинным бессмертием, и так оно и случилось. Сего-

* Это мироощущение, кстати, обнаруживается и в известном стихотворении психастенического поэта Евгения Баратынского «Мой дар убог...»

дня мы говорим о Чехове как о живом человеке, гении реалистической нравственности, духовности, говорим и пишем побольше, чем о живых людях, празднуем его дни рожденья, чувствуем ясно его застенчиво-тихое или иронически-смешливое присутствие в этом Доме-музее.

В рассказе «Черный монах», в размышлениях-переживаниях душевно заболевшего Коврина ясно видится психастеническое мироощущение самого Чехова. Галлюцинаторный монах говорит Коврину о «вечной правде», а магистр психологии Коврин, не верующий в вечную жизнь, бессмертие людей, не может понять, зачем людям «вечная правда». Ему, однако, приятно слушать, что цель вечной жизни, как и всякой жизни вообще, «наслаждение в познании», и он, Коврин, — «один из тех немногих, которые по справедливости называются избранниками божиими» и служат «вечной правде» своими мыслями, намерениями, посвященными «разумному и прекрасному, то есть тому, что вечно». Что же касается душевного нездоровья, которое все время реалистически отмечает у себя Коврин в беседе с монахом, воспринимая монаха как галлюцинацию, то здоровье, нормальность, по мнению монаха, это то скучное, с чем надо идти в стадо. Последнее есть «сокровенные мысли» и самого Коврина, поскольку все это он способен, как и прежние высказывания монаха, по-своему — духовно-материалистически — переложить-преломить. Так и сам Чехов перекладывал-преломлял, аранжировал по-своему духовно-религиозное в духовно-реалистическое, например, в рассказах «Студент» и «Архиерей». И Чехов уточняет в «Черном монахе», как именно Коврин понимает бессмертие: если бы Магомета лечили от «экстаза и вдохновения», «то после этого замечательного человека осталось бы так же мало, как после его собаки». Кстати, способность довольствоваться и слабыми надеждами на долгую жизнь своего «Я» после смерти в душах хотя бы нескольких людей (быть может, даже каких-нибудь чудаков в будущем) более или менее смягчает-успокаивает страх смерти и не выдающихся, но психастенически достаточно сложных наших пациентов. Основаниями для этих надежд могут быть: опубликованная творческая статья, даже неопубликованная самобытная рукопись, которую, может быть, будут когда-нибудь читать, акварельный пейзаж для правнуков и т. п. Таким образом, для Коврина, как и для Чехова, важно остаться для людей после себя своим земным «Я», а не в ином измерении, не бесформенным духом, не частицей Мировой души. Для него мало просто радовать лишь сейчас

живущих людей садовым творчеством, «роскошными цветами, обрызганными росой», как делает это его хмуросинтонный тесть Песоцкий. Но, в отличие от Чехова, Коврину пока не удалось, как и сам это понимает, выразить в творчестве свое «Я» до реалистического бессмертия. Все более полно охватывающее Коврина психотическое парафренное (сказочное, с переживанием своего величия) расстройство религиозного содержания, как это бывает в психиатрии, побуждает его к одухотворенному творчеству. Но это сказочное творческое вдохновение стали лечить-приглушать; во всяком случае, врачи и близкие не помогли клинико-психотерапевтически глубинной стихийно-целебной психотической работе его души, организма, и наступил общий (и телесный тоже) упадок. Но все же напоследок психозу удается лечебно убедить умирающего Коврина, в соответствии с тайными желаниями философа, в том, что он — бессмертный гений. В последние мгновения жизни слабеющий Коврин лежит на полу возле большой лужи крови у своего лица, но «невыразимое, безграничное счастье наполняло все его существо» и «черный монах шептал ему, что он гений и что он умирает потому только, что его слабое человеческое тело уже утеряло равновесие и не может больше служить оболочкой для гения». И это также прекрасно по-чеховски перекладывается-преломляется духовно-материалистически в том смысле, что жизнь человека, оставившего себя в своих творческих произведениях для будущих поколений, после смерти только еще разворачивается по-настоящему. Смерть творца становится и для него самого торжественным, светлым переходом в бессмертие. Так нередко случается, что писатель, по обстоятельствам жизни, сам осознанно-отчетливо, уже не как автор, а просто как человек, переживает то, что переживали прежде герои его произведений. И, возможно, Чехов, знавший в ту ночь, что сейчас умрет, также ощутил эту торжественную радость. И, прежде чем выпить предложенный доктором традиционно прощальный бокал шампанского, улыбнулся жене «своей удивительной улыбкой, сказал: «Давно я не пил шампанского...». Потом «покойно выпил все до дна, тихо лег на левый бок и вскоре умолкнул навсегда...» (О. Л. Книппер-Чехова. А. П. Чехов в воспоминаниях современников. 1960). На лице умершего Коврина «застыла блаженная улыбка». И Ольга Леонардовна смотрит наутро «на прекрасное, успокоившееся, как бы улыбающееся лицо Антона Павловича, словно понявшего что-то».

4.15. О теплой иронии Чехова (1998)* [107)]

Существует немало филологических классификаций смешного, комического (например, современные классификации Р. Юренева, В. Проппа). Возможны и классификации клинические, медико-характерологические, то есть основывающиеся на клиническом мироощущении-мировоззрении. Так же как возможно любого здорового и больного человека исследовать экспериментально-патопсихологически (и в случаях душевного здоровья обнаружатся лишь выловленные тестами особенности здоровья), — так же и любого из нас возможно исследовать клинико-психопатологически. То есть без тестов, своею профессионально-психиатрической личностью, способной клинически «ощупать», рассмотреть иную душу, обобщая постепенно получаемое от своих органов чувств или мгновенно-интуитивно схватывая душевные, характерологические, психопатологические особенности исследуемого. При этом клинико-психопатологическое познание рассматривает здоровое через очки, привычно настроенные на патологию, сравнивая, например, здоровую застенчивость с гипертрофированно-болезненной. Однако от всего этого здоровая застенчивость видится лишь четче, объемнее, глубже. Поэтому, как известно, характерологические классические варианты (здоровые и болезненные) были описаны не психологами, а психиатрами-клиницистами (Ганнушкин, 1964, с. 42).

Существо клинической классификации комического состоит в том, что любое душевное, духовное движение человека, в том числе вызывающее смех, объясняется природно-характерологически, как самим характером человека обусловленное-окрашенное. Для клинициста и сами природные подробности тела (вспоминая название кречмеровского тома «Строение тела и характер») сообщают соответствующее, в том числе особое смешное, связанное с телесными особенностями свечение духа. Если, например, синтонному пикнически-полному характерологическому типу, по природе его, присущ юмор, то многим мускулисто-авторитарным — сатира, многим лептосомно-холодноватым аутистам — саркастическая, язвительная ирония, диспластически-неловким деперсонализационно-реалистическим психастеникам — теплая ирония (Бурно М., 1996; в наст. издании — работа 4.14). Все это, конечно, без арифметической точности, с некоторыми особенностями, уточне-

---

* Доклад на конференции «Смешное в творчестве А.П. Чехова» (Дом-музей А.П. Чехова на Садовой-Кудринской в Москве, 25 марта 1998 г.)

ниями, поправками. Мы говорим здесь лишь о высоковероятных тенденциях, ориентирах, как и вообще говорим в клинике, в медицине, в физиологии.

Юмор в своей яркой выраженности, как вид комического, несущий в себе сочувствие (в отличие от иронии и сатиры), для клинициста присущ особенно сангвинически-синтонным, теплым циклоидным, пышно-аффективным натурам в их хорошем расположении духа. Поэтому юмор не осмеивает с каким-то там превосходством, агрессией, со стороны, он не только не ранит, не обижает-осуждает, не покрывает язвами, — но вообще он не проникнут серьезной исследовательской работой смеющегося ума. Доброе, теплое сочувствие дышит здесь одновременным смехом и над собою, смеющимся. Это обусловлено природной полнокровной «всенародной» естественностью-смешливостью многих сангвиников. «Всенародность» смеха понимаю именно в бахтинском смысле (смеются все). Когда М. Бахтин отмечает, что «народно-праздничный смех» «направлен и на самих смеющихся», то он говорит, в сущности, о юморе (Бахтин, с. 17). Даже в самых своих тонких, сложных, грустно-серьезных, философских формах юмор жизнелюбиво-беззлобен (Рабле, Вольтер, Диккенс, Пушкин, Мопассан, Шолом-Алейхем, Гашек, сегодня — Эльдар Рязанов, Жванецкий). Когда же юмористы, по обстоятельствам, в творчестве или в жизни начинают кого-то с такой же полнокровной естественностью гневно-благородно или аффективно-слепо-несправедливо обличать, то они при этом нередко, захлестнутые своей шумной эмоцией, глупеют, ожесточаются на ходу, и тогда теплого сочувствия, юмора уже и след простыл.

Молодые рассказы А.П. Чехова «Смерть чиновника» (1883) и «Шуточка» (1886), которые автор в зрелости, поправив, включил в издание А.Ф. Маркса, принято называть юмористическими, как и почти все смешное у Чехова. Мелкий чиновник Червяков нечаянно чихнул в театре на лысину генералу, генералу «чужому», не опасному в отношении червяковской карьеры. Генерал добродушно отмахнулся от извинений чиновника. Наказания быть не может, а чиновник все болезненно-психастенически мучается нравственно-этическими переживаниями (подобно, кстати, самому Чехову в таких случаях), мучается обостренным чувством вины, совестливостью, что вот бог знает что дурное подумает теперь о нем этот уважаемый генерал, вытиравший лысину и шею перчаткой. Замучив-рассердив генерала мучительными извинениями, чиновник, непонятый, умирает от горестного чувства своей вины. Чехов здесь скрыто мягко-тепло исследует, в сущности, благородную застенчивость-

совестливость чиновника (подробнее — Бурно М., 1990, с. 134), то прекрасное, человеческое, что, при всей червяковской примитивности, родственно переживанию студента Васильева («Припадок»). Это, конечно, смешно своей такой необычной зависимостью от, по-видимому, дурного отношения к тебе другого хорошего человека, но разве это есть подлинное презренное рабство? Почему это смешно? — как бы спрашивает-намекает теплой, горькой своей иронией Чехов и дает нам раздумье-работу этим намеком. Это не открытый юмор. В точном, клиническом, смысле Чехов, помоему, никогда не был юмористом. Он тепло, горько иронически, даже в самых ранних своих вещах, исследовал мир людей и себя самого в этом мире.

В «Шуточке» молодой человек, съезжая на санках с Наденькой с высокой ледяной горы, в самые страшные секунды над «бездной», когда ветер не дает дышать, произносит вполголоса: «Я люблю вас, Надя!» У подножья горы девушка не способна разобраться, в самом ли деле он сказал эти важные для нее слова или они послышались в ветре. Она готова это выяснять ценою нового страха и мучительно выясняет это все вновь и вновь, до самой весны. Герою рассказа этот намек-шуточка явно по душе, и он тоже вместе с Наденькой пребывает все это время в состоянии светлой влюбленности — влюбленности, в то же время, безопасной, потому что можно не жениться. Если в будущем для Наденьки, уже замужней, с тремя детьми, случившееся на катке есть «самое счастливое, самое трогательное и прекрасное воспоминание в жизни», то подозреваю, что и герою рассказа хорошо-светло все это вспоминать. Что это? Это тоже теплое ироническое скрытое исследование, притом тоже автобиографическое. Чехов как истинный творческий психастеник измучивал чувственных, полнокровных женщин, влюбленных в него, подобными «шуточками», смешно уходя от прямых вопросов и т. п. Можно приводить в подтверждение этого множество примеров из переписки Чехова особенно с Авиловой и Мизиновой*. Чехова эта шутливая, двусмысленная влюбленность, надо полагать, творчески бодрила и в то же время хранила для сосредоточенного творчества. Он долго боялся иной любви, ответственной, например, семейной, которая могла бы стать болезненномучительной для него самого, губящей творчество. Но полнокровно-чувственные дамы требовали логической и чувственной четкости-завершенности в отношениях и, по-

* См. об этом, например, в работе Е.Ю. Будницкой (1996). Об умной истерически-холодноватой Книппер разговор особый.

своему справедливо, согласно своей природе, негодовали. Еще критик А. Басаргин в 1900 г. упрекал Чехова за «Шуточку»: «Зачем эта игра с чужой душой?» (Чехов, Соч., т. 5, М.: Наука, 1976. С. 613).

Очаровывать женщин с помощью своей теплой иронии (именно теплой, в отличие от иронии грибоедовской или набоковской) Чехов, конечно же, умел. «Я буду в восторге, — пишет он 28 ноября 1894 г. из Мелихово двадцатилетней Т.Л. Щепкиной-Куперник, — если Вы приедете ко мне, но, боюсь, как бы не вывихнулись Ваши вкусные хрящики и косточки. Дорога ужасная, тарантас подпрыгивает от мучительной боли и на каждом шагу теряет колеса. Когда я в последний раз ехал со станции, у меня от тряской езды оторвалось сердце, так что я теперь уже не способен любить». По-моему, это настоящее тепло-ироническое описание, то есть дружелюбно-смешливое скрытое исследование (даже анатомическое). Чехов сам намеренно строил свое «насмешливое мое счастье».

Как клинический психотерапевт, могу тут пояснить, что и самая глубокая любовь, влюбленность сложного, тонкого, творческого психастенического и часто психастеноподобного человека, согласно его жухловато-деперсонализационной природе, о которой говорила сейчас Л.В. Махновская, — обычно и есть импрессионистический намек, загадочная двусмысленность, теплая ирония, «шуточка». И тут довольно восторженного взгляда сквозь блеск очков, нескольких слов, как будто бы не имеющих отношения к делу, еле заметного пожатия руки, а при этом в душе обоих будет царствовать волшебная буря глубинного влюбленного взаимопонимания. Дух захватывает от того, что, кажется, никто более не посвящен в эту Тайну. Так, в «Трех сестрах» женатый Вершинин и замужняя Маша горько-счастливо переговариваются среди гостей и домашних своими: «трам-тамтам...», «трам-там...», «тра-та-та!». Мотивы этой внешне скромной, внутренней, восторженно-одухотворенной намеком, теплой иронией влюбленности-любви улавливаем и в стихотворениях психастенического Баратынского. В любви психастеника происходит потаенная работа намека, как и в его психастеническом творчестве вообще, некая грустная, тепло-ироническая «шуточка». Влюбленные и преданные друг другу психастенические (психастеноподобные) супруги, даже в пожилые годы, благодарные судьбе за то, что удалось вместе состариться, часто стесняются говорить друг другу прямые слова любви, а если и произносят их, то обычно с нотами теплой иронии, будто тревожась попортить-ослабить подлинное, глубинное чувство.

Чехов, думается, мог бы найти такую, органично и с любовью принимающую его «шуточки», психастеническую, психастеноподобную женскую родственную душу, всепонимающего душевного и духовного помощника, секретаря разве только в своей сестре Марии Павловне Чеховой, но она была его сестра.

Не все смешно у Чехова. Но то, что смешно, смешно, по-моему, теплой иронией, то есть потаенно-смешной аналитически-исследовательской работой мысли, которая гиперкомпенсирует природную блеклую психастеническую чувственность и тревожную неуверенность в своих чувствах. Психастенический сомневающийся анализ скрыто звучит у Чехова и в горестном, и в смешном. Добрый, человечный чеховский анализ исключает деление героев на абсолютно плохих и абсолютно хороших. Благодаря теплому художнику-аналитику, рассматривающему скверного человека, мы способны и в самом скверном сочувственно усмотреть хоть крупицу человеческого: ведь он тоже человек, играл в детстве, учился читать. За наглую глупость немного пожалеем Яшу («Вишневый сад»). Вздохнем сочувственно и в сторону грубого, жестокого негодяя офицера Соленого («Три сестры») — за то, что он хочет быть похожим на Лермонтова.

Теплая чеховская ирония и самоирония, как и все психастеническое в Чехове, конечно, менялись с возрастом, болезнью, с громадной работой Чехова над своим психастеническим с известным воспитательным выдавливанием из себя раба, всего того, что представлялось в себе нехорошим. Но генетическую природу в себе так просто, быстро не поправишь, не воспитаешь. Возраст, болезнь и самовоспитание медленно меняют, углубляют и чеховскую иронию: от той веселой молодой иронии над студентом, который, напившись пива, испортил себе свидание («Свидание, хотя и состоялось, но...»), до сложной, теплой, глубокой иронии близкого к смерти человека, которой проникнуты и верный слуга, старик Фирс, забытый в запертом доме («А Леонид Андреич, небось, шубы не надел, в пальто поехал...»), и светлое умирание самого Чехова после бокала шампанского.

Рассказанное сейчас, думается, есть для нас, клинических психотерапевтов и пациентов, важное для Терапии творческим самовыражением, для Реалистического психотерапевтического театра. Психастеники и психастеноподобные пациенты изучают себя и других, в том числе, и через присущие им особенности смешного, учатся быть собою и в своем смешном, и в своей «смешной» влюбленности, любви. В этом также заключена для нас «психотерапевтическая неисчерпаемость Чехова» (Воскресенский, Воскресенская, 1996).



Глава 5

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННЫХ, ДЕПРЕССИВНЫХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ

5.1. О хронической деперсонализации (Из «Докторского доклада», 1998) [115)]

Клинико-психотерапевтическое уточнение существа хронической деперсонализации (39 наблюдений). Хроническая деперсонализация, оторвавшаяся от тревоги и страха, «исчерпывающая собою практически всю симптоматику заболевания», особая «деперсонализационная болезнь» (Нуллер, Михаленко, 1988)*, как считается, практически не доступна лечению со стойким эффектом (Нуллер, Михаленко, 1988; Kaplan, Sadock, Grebb, 1994). Лишь терапевтическое творческое оживление (и особенно с погружением в прошлое, в детство) способно здесь стойко помочь, возвращая страдающего к своим эмоциональным основам. ТТС помогает в этих случаях прежде всего выработанными вместе с психотерапевтом специальными приемами творческого общения с собственными художественными работами или иными художественными произведениями, но созвучными пациенту, и повседневным выработанным творческим стилем жизни. Общение с созвучным высвечивает именно эмоциональное «Я» пациента, ощутимо помогает вернуться к *своим* ощущениям, переживаниям. Т. о., ex juvantibus, деперсонализация выясняется не просто как ощущение потери своего «Я», сознание потери чувства собственного «Я» (Dugas, 1898; Jaspers, 1923; Снежневский, 1983), а как переживание измененности своего именно эмоционального «Я». Не критически-мыслительного «Я», которое здесь сохранно в отличие от депрессии (в депрессии обычно и сама мысль депрессивно убеждена в безысходности обстоятельств жизни), а того эмоционального «Я», которое придает жизни вкус и смысл, поскольку с ним человек способен ориентироваться в своих чувствах. Это уточнение принципиально для Терапии творческим самовыражением деперсонализационных расстройств: пациент уточняет для себя из наших с

---

* Для автора это все же особые мягкие дефензивные эндогенно-процессуальные случаи.

ним бесед, что не чувствует себя только *эмоциональным* самим собою и, значит, возможно вернуться к себе, оживляясь в творчестве. При этом важно пояснить, что деперсонализация есть природная защита, смягчающая душевную боль, но несовершенная, как и все природное. Остается гиппократовски пытаться помогать природе защищаться совершеннее.

5.2. Клиника и психотерапия деперсонализации (1989–1995)

5.2.1. О клинической сущности деперсонализации (1989) [51)]

Терапия творческим самовыражением высвечивает суть деперсонализации как чувство ускользания именно эмоциональной индивидуальности. Если нет индивидуально-эмоционального в своей достаточной стойкости отношения к людям, вещам, занятиям, природе, если человек в связи с этим не знает эмоционально, какой он, каковы его близкие, сослуживцы, что есть интересующее его дело, а что не интересно ему, то часто нет (особенно в шизофренических случаях) и серьезного желания жить в таком состоянии. Одного разума недостаточно для сносной жизни. Способность совершать разумные поступки, правильно понимать, что происходит с тобой и в мире, — без личностного, эмоционального переживания есть мука. Все это становится особенно понятно и самому пациенту, когда, благодаря лечебному творчеству, он начинает чувствовать себя более эмоциональным самим собой.

5.2.2. К клинике и психотерапии деперсонализационной эндогенно-процессуальной субдепрессии (1990) [60)]

Это расстройство мучительно при всей внешней собранности, сохранности пациентов, потому что «ускользание» своего, реального чувствования мира и себя в мире, эта «эмоциональная дезориентация» лишает жизнь смысла. Школьник проводит каникулы «в пытке»: казалось бы, все удовольствия (и театры, и любимая горбушка с маслом), но «нарушились привычные ощущения» и, хотя даже нравятся спектакли, картины в музее, но все это с «каким-то искусственным, экзальтированным характером». Детские игры теряют смысл, потому что и они ведь не «от ума», а от живой

эмоции, и, чтобы не обижать товарищей, приходится им подыгрывать «от ума». Взрослый пациент обнаруживает, что в деперсонализационном наплыве «уничтожается» интуиция, отмечая как много, оказывается, значит интуиция для человека, даже в обыденной жизни. Важно неустанно напоминать пациенту в деперсонализационном расстройстве, что это тягостное состояние постепенно пройдет (в это не верится без этих слов). Кстати, вне деперсонализационного наплыва пациенту не верится, что ему могло быть так тягостно. Как возможно серьезно помочь человеку, страдающему от того, что не чувствует себя собой? Что поможет реально почувствовать свое «Я»? Конечно, творчество — выражение своего «Я» в каком-то деле, т. е. работа своей духовной индивидуальностью. Но только советы творить, как правило, ничего здесь не дают, необходимо погружение в особую сложную Терапию творческим самовыражением.

5.2.3. Краткосрочная психотерапия субдепрессивно-деперсонализационных расстройств (1995) [82)]

Лекарственное лечение субдепрессивной, особенно эндогенно-процессуальной, деперсонализации, как известно, пока малоэффективно (Авруцкий, Недува, 1988). К психотерапии тягостной хронической деперсонализации мало кто относится серьезно. И все же многолетний опыт работы с такими пациентами дает мне право посоветовать здесь даже краткосрочные психотерапевтические приемы, дающие нередко существенное облегчение.

1. Помогаю пациентам разобраться достаточно отчетливо в том, что деперсонализация как *чувство* собственной измененности всегда предполагает ясное, достаточно трезвое понимание, осознавание себя и окружающего, то есть это не психоз. Другое дело, — объясняю пациенту, — не чувствуете людей, мир, себя *по-своему*, т. е. так, как Вам это свойственно, и это тягостно, неприятно, будто зловеще затянувшееся, надоевшее опьянение. Но, в то же время, деперсонализация — благо, защита: сама Природа, защищая человека от тоскливости, выплескивает в кровь собственные, организмические наркотики, и возникает, например, внутренний наркоз в виде душевного онемения (анестезии) или своеобразное переживание тоже внутреннего опьянения, в котором личность как бы дробится-рассыпается на тысячу «Я». Благодаря всему этому Вы и не мучаетесь от цельной душераздирающей тоски. И не должны винить себя за отсутствие сейчас живого чувства к близким, что Вам «до лампочки», что забо-

лел ребенок, и т. п., это такая природная защита от душевной боли. Даже если в душе пляска-калейдоскоп многоликого «Я», скажите себе: это Природа дала мне такое внутреннее лекарство от острой тоскливости, раздробила ее, помешала мне чувствовать себя собою, чтобы не чувствовал боли в ее пронзительной цельности. Не бойтесь, что кто-то заметит, что в Вас много «Я», внешне это не видно. Друзья не знают, что Вы не одно лицо, потому что это только расстройство чувства, но не мысли. И кроме того, это же просто чувство такое, будто не Вы читаете к экзамену и потому не запоминаете. На самом-то деле — запоминаете. И на экзамене может быть чувство, будто не Вы отвечаете, но, вот увидите, всё Вы опять хорошо ответите, ведь сколько раз это уже было.

2. Побуждаю пациентов к какому-нибудь творческому занятию, объясняя, что лишь творчество, т. е. выполнение чего-либо по-своему, в согласии со своей особенностью-индивидуальностью, оживляет индивидуальность вдохновением, ослабляя «эмоциональную дезориентацию» (как называют нередко пациенты деперсонализацию). Простейшее творчество в широком смысле — отобрать из кипы картинок, открыток с разнообразными изображениями то, что более созвучно, по душе, написать письмо близкому человеку, описать в записной книжке события дня, в том числе, в подробностях расстройства своего настроения, нарисовать карандашом что-нибудь из своего детства, и есть еще много подобных творческих способов собрать себя, почувствовать себя собою (Бурно М., 1989—1995).

3. Человек, склонный к хроническим деперсонализационно-депрессивным расстройствам, обычно отличается душевной, духовной тонкостью-сложностью, глубинными творческими способностями. Вообще подлинное творчество всегда есть лечение в высоком смысле от тягостной напряженности-неопределенности. Природа как бы закладывает в депрессивно-деперсонализационных людей внутреннее целительное противоядие от тягостных переживаний в виде творческой способности-готовности, которую остается естественными способами привести в действие.

5.2.4. Сущность процесса терапии творчеством при деперсонализационных расстройствах (1987) [40)]

Терапия творческим самовыражением предполагает изучение с пациентами элементов психиатрии, характерологии и бесконечные способы нравственного самовыражения, т. е. выполнения любого общественно-полезного дела по-сво-

ему, в соответствии с особенностями своей духовной индивидуальности. Это — самовыражение в создании творческих произведений, общением с природой, литературой, искусством, в погружении в прошлое, в коллекционировании, в переписке с врачом и другими людьми, в писании дневника, в путешествиях, в поиске одухотворенно-необычного в повседневном. Лечение индивидуально-групповое в камерной, уютной обстановке и с домашними занятиями.

В работе с пациентами, страдающими деперсонализацией (чувством собственной эмоциональной измененности с довольно ясным, критическим пониманием этого), выяснилось:

1) чувство ухода эмоционального «Я» — при внешней сохранности, собранности этих больных — настолько тягостное состояние, что сплошь и рядом жизнь при этом теряет смысл;

2) самая эффективная терапия деперсонализации сегодня — терапия творчеством. Лишь творчество, главным «инструментом» которого является духовная индивидуальность, рано или поздно, существенно помогает пациенту, переживающему тягостное чувство собственной измененности, вдохновенно почувствовать себя самим собой, хоть на время вернуться к себе.

Пациент С., 48 лет*, рассказывает недавно по этому поводу. «Благодаря болезни и лечению, я понял, что если из всех наших дел убрать эмоции, то дела теряют смысл, как, например, теряет смысл игра в прятки, если совершается “от ума”. Когда под ногами нет моей собственной, привычной мне почвы, т. е. не чувствую себя эмоционально самим собой и не могу выяснить ***свое*** отношение к людям и вещам, то не за что “зацепиться” душой, нет чувства жизни. Умом все вокруг понимаю, но теряюсь, так как не чувствую любимую книгу, любимые вещи, и люди, даже близкие, для меня тогда просто как действующие лица. Я, например, как инженер, занимаюсь лифтами, а ко мне приходят мысли: почему бы не заняться кранами, почему бы не пойти в больницу санитаром, это ведь тоже нужно. Нет в это время своей эмоциональной оценки происходящего, привязанности к кому-либо. Нет эмоциональной самостоятельности и, значит, — свободы. Не знаешь, чего от себя ждать в любую минуту, и потому страшно. Вдруг найдет навязчивость и выброшу с 9-го этажа маленького племянника — ведь и к нему сейчас нет никакой привязанности. Когда врачи при этом мне говорили: «Ничего страшного, подумаешь, своего чувства нет, голова-то есть на плечах, есть работа», — я печально думал, что они

* См. о нем в работе 3.11 наст. издания.

не понимают моего страдания. Я даже не верил, что мои мучения могут прекратиться вместе с жизнью, так было тягостно. Теперь, благодаря лечебному творчеству, мое состояние не сравнить с прежним, расстройства отступили по всем параметрам, я чувствую себя довольно стойким самим собой. Когда находят прежние, описанные выше расстройства, могу с ними справляться особым образом. Стараюсь записывать ***по-своему***, например, события дня, просматривать ***свои*** слайды, фотоснимки, погружаться в близкие мне картины на открытках, в марки, которые мне по душе. У меня теперь чувство, что совершенно могу избавиться от своих расстройств, а раньше все было безысходно. Это серьезное улучшение приходило постепенно, годы, в процессе нашей работы с врачом, в нашей группе, где была возможность увидеть, почувствовать, как каждый выражает ***свое***, ***свои*** особенности и чем ***мое*** отличается от ***не моего***. Например, в тягостные минуты, ***мои*** плохонькие, серенькие слайды возвращают мне ***мое*** собственное ощущение жизни. Смотрю один, другой, третий — не действует, а четвертый вдруг “зацепил” — возникло знакомое, “мое”, ощущение. Вот в чем дело».

В заключение отметим, что подобные «деперсонализационные» пациенты нередко приходят к психотерапевту.

5.3. Об эмоциональном интимном психотерапевтическом контакте с шизотипическими (неврозоподобно-шизофреническими) пациентами (1989) [55)]

Учение об особенном интимном эмоциональном контакте врача с больными шизофренией развивается и психотерапевтами-клиницистами (Клези, 1922; Мюллер, 1930; Консторум, 1935, 1962; Зиновьев, 1958; Броди, 1971), и психоаналитиками (Сешейе, 1951; Ариети, 1976; Бенедетти, 1979). Это сложная, деликатная тема в психиатрии, особенно если врач и пациент — люди разного пола. Но тема насущная, так как без такого рода эмоционального контакта невозможно существенно психотерапевтически помочь больному шизофренией. Основываясь на многолетнем клинико-психотерапевтическом опыте, считаю возможным сделать тут некоторые разъяснения.

Эмоциональный интимный контакт (здесь и далее имею в виду только больных неврозоподобной шизофренией; в других случаях психотерапевтический контакт имеет иные формы) есть действительно искреннее, достаточно сильное

обоюдное чувство, возникающее между пациентом и врачом. Пациент подолгу думает о враче как о старшем друге (даже если пациент старше врача), способном серьезно переживать за него и защищать его в этой «мучительной» для пациента жизни. Одно то, что этот на редкость понимающий его, умно сочувствующий ему психотерапевт-друг есть у него и возможно с ним встретиться, написать ему, согревает пациента, и он нередко, особенно в первые месяцы возникновения эмоционального контакта, постоянно стремится к встрече с врачом (хотя бы в своей душе). А врач испытывает искреннее, сердечное тепло к пациенту, проникнутое достаточно тонким пониманием клиники, природы страдания, испытывает живое желание помочь пациенту. Это желание возможно в известной мере сравнить с подобным профессионально-сердечным желанием хирурга. Однако в отличие от хирурга, психотерапевт имеет дело с душевным страданием, с личностью больного и для создания необходимого интимного контакта живо интересуется жизнью пациента вообще, открывая ему в известных пределах и собственные личностные переживания. Когда контакт сложился, возможно лечебно активировать пациента: он сделает теперь то трудное, но необходимое для него, чего раньше не стал бы делать, поскольку тогда ему нечего было терять.

Таким образом, эмоциональный интимный контакт с больным шизофренией («терапевтическая любовь» как нередко называют это на Западе) не есть «притворная любовь врача», не есть игра или своего рода безнравственное иезуитство, шантаж («не пойдешь на работу — перестану любить»). Это искренняя любовь, но психотерапевтически-профессиональная, любовь за болезнь (с сочувственным проникновением в клиническую картину страдания). И чем сильнее эта целебная любовь, тем отчетливее должна быть дистанция, преломляющая отношения пациента с врачом в духе психотерапевтического искусства, напоминающая о том, что это не дружба и любовь в обычном, жизненном смысле, дистанция, вследствие которой пациент (во всяком случае со временем) перестанет просить о частых встречах и расстанется с надеждами на то, что можно встретиться со своим врачом и вне медицинского учреждения, пойти с ним в театр, в гости, увидеть его «в домашних тапочках» и т. п. На первых порах эмоционального контакта пациенты нередко запутываются в эмоциональных отношениях с врачом, ревнуют врача («для того, чтобы помочь, нужно столько души и времени, а нас у вас легион»). Однако со временем обычно все становится на свои места, и пациенты уже и сами утверждаются в том, что иначе, ближе нельзя и не

надо. Там же, где исчезает дистанция и лечение превращается в жизнь — обычную дружбу, любовь, — там кончается психотерапевтическое искусство, возможны трагедии, как случалось и случается это с «дикими» (фрейдовский термин) психоаналитиками, шагнувшими в интимную близость со своими пациентками.

5.4. О творческой (креативной) природе психотерапевтического эмоционального интимного контакта (1997) [99)]

В психотерапевтическом кабинете немало пациентов, страдающих уже с детства от более или менее выраженной тоскливо-напряженной и, вместе с тем, вяло-апатической малоподвижности мыслей и чувств. Малообщительные, с расплывчатым мышлением, душевной однотонностью, они нередко с трудом живут-выживают, механически, без света-смысла в душе переползая изо дня в день. Часто они полагают, что такова уж их судьба. Особенный психотерапевтический эмоциональный интимный контакт с врачом может вдруг разубедить в этом и пациента, и самого врача.

Вот характерный случай. И., 40 лет, одинокий инженер, рассказал мне о «живых диалогах» с нашим клиническим ординатором Д.А. Симолиной (кафедра психотерапии РМАПО), молодой женщиной, которая, вступая в психотерапию, лишь «подлечивала» его (в помощь лечащему врачу) личностными беседами с ним раз в неделю. «Я впервые в жизни как-то особенно оживал душой в этих беседах, чувствуя искренний интерес доктора ко мне как к человеку, личности. В это время мне легко думалось, рождались во мне интересные суждения и образы. Не было обычной житейской формализации, какого-то моего ожидания сопротивления — в виде, например, школьной двойки, когда я должен был говорить правильно, не имея права говорить свободно, не “как все”. Если бы такие диалоги были у меня в школьные годы, я бы гораздо лучше учился, развивался, глубже понимал бы вещи, проникся бы своим жизненным смыслом. Эти живые диалоги со светлой душевной возбудимостью после бесед продолжались во мне несколько дней после беседы, оживляя меня. Я чувствовал себя живым собою». Область личностного, эмоционального интимного контакта есть сложная, деликатная, взрывоопасная, но и насущная основа нашей работы с подобными пациентами. По сути дела, в основе этого контакта — творческое вдохновение-любовь.

5.5. О существе эмоционального интимного контакта врача с больными шизофренией (2000) [125)]

Я немало писал об этом особенном целебном контакте (Бурно М.Е., 1985, 1989, 1997, 1999), без которого, убежден, невозможно серьезно психотерапевтически помочь больным шизофренией и, в том числе, неврозоподобной шизофренией (шизотипическое расстройство по МКБ-10). Долгие годы как преподаватель психотерапии встречаюсь с тем, как почему-то трудно психотерапевтам понять и принять эту особую, но и простую интимность целебного контакта.

На заре истории учения о контакте с больными шизофренией молодой ассистент Эугена Блейлера Якоб Клези (публикация 1922 г.) элегантно вывел под руку в больничный сад возбужденную непечатной бранью, неряшливо-грязную душевнобольную и искренне рассказывал ей среди природы о цветах, о погоде, называя «прелестной дамой». От этих ежедневных прогулок (исключая дни скверного поведения без прогулок) больная делалась все сдержаннее, опрятнее, красивее, и ушли ее нелепости. Уже в этой классической работе Клези, думается, ясно чувствуются основные моменты той интимности, которую сейчас рассматриваем: больная чувствует, знает, что доктор понимает ее тягостное состояние, не считает хулиганкой, симулянткой и при этом не говорит с ней о болезни, общается с ней задушевно-личностно, приглашая (при известной дистанции) в свою собственную личность. Происходит личностное оживление пациентки. Личностное оживление в случае болезненной «каши»-разлаженности в душе и есть творчески-вдохновенное прояснение индивидуальности, теснящее эту «кашу». Личностное-творческое есть подлинно человеческое в том смысле, что больная Клези все более в общении с таким доктором чувствует-осознает себя собою, человеком. Творческое вдохновение, в котором она теперь пребывает все чаще, наполнено, прежде всего, Любовью и Смыслом. В творческом вдохновении, понятно, находится и врач, формирующий этот интимный эмоциональный контакт с пациенткой.

Только по эмоциональной дороге мы пройдем в расщепленную «неразумную» душу больного шизофренией.

История учения об особом контакте с больными шизофренией от Я.Клези до Гаэтано Бенедетти и собственные клинико-психотерапевтические размышления об этом — более подробно, нежели в других моих работах, изложены в

главе о психотерапии шизофрении в 3-м издании Руководства по психотерапии (под ред. В.Е. Рожнова, 1985) — Бурно М., 1985. Здесь же хочу прояснить самое существо психотерапевтической интимности и, значит, отмеченной выше известной дистанции внутри этой интимности, «терапевтической любви» (Джон Розен, 1953, США), как это сегодня понимаю. Точнее, это не дистанция, это просто иная любовь, нежели любовь между мужчиной и женщиной, детьми и родителями, братьями и сестрами, нежели любовь-дружба, религиозная любовь. В то же время это не есть роджеровская эмпатия: это не «как бы изнутри», а подлинное сострадание врача, когда он (и во внерабочее время тоже) думает-переживает о пациенте, и пациент, бывает, снится ему. Это живая, не искусственная любовь врача к пациенту, обусловленная болезнью, страданием того, кого любишь, и только в этой любви хочешь и можешь ему бескорыстно помочь, а без этого по-настоящему не поможешь. То есть эта любовь, в сущности, не выходит за рамки известных выражений: «любовь врача к больному», «врач должен любить своих больных» и т. п. Но в случаях шизофрении эта любовь сгущена-углублена, поскольку обычно, кроме врача, никто (даже родные, близкие) не понимает больного так глубоко-подробно, чтобы содержательно-понимающе любить. Впрочем, в случае тяжелой телесной болезни или в экстремальной (например, фронтовой) обстановке целебная любовь любого врача тоже может сгущаться в глубоком сострадании. Так, в рассказе Константина Воробьева «Гуси-лебеди» раненый Марьянов на хирургическом столе боится, что лишился руки. Хирург с седыми бровями говорит ему «ласково, как ребенку», что «совсем не рука (...), а кисть» и «к тому же — левая кисть». И потом: «Ну, будьте же до конца умницей... — и запеленатыми в марлю губами поцеловал Марьянова в лоб».

Эта целебная любовь-интимность, дабы сохраниться и развиваться в своей целебности, должна быть ограничена своей психотерапевтической плоскостью. Это, во всяком случае, со временем хорошо понимают наши пациенты и уже не просят и не ждут от врача иного — мужского, отцовского и т. п., боясь потерять то главное, что имеют и чувствуя, что иначе будет им хуже. Это та реальная, задушевная любовь к больному, которая чувствуется и в книгах Гиппократа, то есть она рождается во враче, который служит больным людям, источается его собственной природой, она есть реалистически-земное, заботливо-умное, клиническое тепло, а не аутистически-психоаналитический контртрансфер и не духовные практики, при которых целитель чувст-

вует себя инструментом-проводником изначально существующей, божественной Любви, распределяя ее между нуждающимися в ней с помощью психотерапевтических техник.

Как часто больные шизофренией, даже верующие, просят земного, достаточно подробно понимающего их тепла, а это может им дать только клиницист, психиатр-психотерапевт. У родных, близких такое понимающее сочувствие не получается: слишком сложны для понимания здоровыми неврачами депрессивные переживания, жалобы наших пациентов, слишком похожи они на пустяковые жалобы здоровых. В небогатой семье муж в ответ на такие жалобы скажет: «Ну, давай сыграем в дурачка». А в богатой — «Давай возьмем еще одну служанку». И близкие, обычно без тени ревности, благодарны врачу за его особенную лечебную любовь, от которой теплеет, свежеет домашняя атмосфера.

5.6. О «соматоформной вегетативной дисфункции» по МКБ-10 (ипохондрических безбредовых шизофренических состояниях)* (1975) [18)]

Психиатрические пациенты, описанные в этой работе, обыкновенно, прежде чем попасть к психиатру, долго и почти безрезультатно лечатся у интернистов. Объясняется это тем, что больные, предъявляя «соматические» жалобы, не обнаруживают заметных грубых расстройств психики (например, бреда), но обнаруживают объективно регистрируемые сдвиги в работе внутренних органов (тахикардия, повышенное АД, одышка, «пляшет» кислотность желудочного сока и т. д.).

Исполнилось 40 лет, как появилась о таких состояниях первая в отечественной и, видимо, мировой психиатрической литературе работа С.И. Консторума, Э.Г. Окуневой, С.Ю. Барзак (1935). В 1939 г. вышло ее продолжение (катамнестическое).

С.И. Коган и Г.А. Ротштейн считают, что описанный тремя авторами вариант ипохондрической шизофрении не самостоятелен, как и сама ипохондрическая форма шизофрении: эти состояния-де, усложняясь со временем, вполне входят в рамки известных шизофренических форм, например, параноидной и депрессивно-параноидной (по Г.А. Ротштейну). Р.А. Наджаров (1969) относит эти безбредовые со-

* В соавторстве с К.С. Горячевым, А.А. Журавлевой, Л.М. Мочкиной, Н. Л. Куклиной.

стояния к «вяло протекающей шизофрении с ипохондрическими проявлениями», осторожно полагая, что тут возможно «на отдельных этапах в отдельных случаях» развитие паранояльных и параноидных расстройств. Нас интересует здесь, главным образом, вопрос — как интернисту и психиатру разобраться поскорей с таким пациентом в начале его страдания и как ему помочь.

Мы изучили в стационаре и амбулатории в последние 4 года 186 таких «свежезаболевших»* пациентов (98 мужчин и 88 женщин, возраст — от 16 до 42 лет). Консторум, Окунева, Барзак классически описали «острый внезапный дебют болезненных ощущений и неотрывно связанного с ними резкого аффекта страха», указав, что больные, скованные с этого момента заболеванием, даже через годы теперь назовут врачу день, а то и час начала болезни. Если «подгонять» картину дебюта под известное название синдрома, то ближе всего здесь оказывается сенестопатически-ипохондрический синдром. Так считает и Г.А. Ротштейн, но замечает, что, кроме сенестопатий, здесь, видимо, имеются галлюцинации и псевдогаллюцинации общего чувства, телесные иллюзии, парестезии. Психопатологическая сложность этих состояний усиливается еще все пронизывающей, довольно бурной шизофренической вегетодистонией (сердцебиения, «игра сосудов» и проч.), из-за которой часто чрезвычайно трудно отличить сенестопатию или телесную иллюзию от «вегетативного» ощущения. Поэтому ограничимся пока общим термином, которым пользуются три автора, «сенсация» («соматопсихическое ощущение»). Три автора делят здесь сенсации на две группы: 1) «более или менее знакомые любому человеку» (сердцебиения, одышки и т. п.) и 2) причудливые ощущения, недоступные нашему чувствованию (чувство омертвения тела, щекотки внутри тела и т. п.). Нам не представляется целесообразным такое деление, поскольку ощущения первой группы при детальном расспросе также оказываются необычными. Попытаемся здесь (для практической пользы дела) дополнить и уточнить описания различных сенсаций и вегетативных расстройств, сделанные тремя авторами.

То, что Консторум, Окунева, Барзак называют «сердцебиениями», — не просто ускоренное, ощущаемое пациентом сердцебиение, а чаще всего гулкие удары сердца, которые слышатся, когда находишься рядом с больным; от сильных толчков в переднюю грудную стенку действительно под-

* Понимая условность термина «свежий» в психиатрии, мы употребляем его лишь для обозначения ярко вспыхнувшей несомненной очевидности заболевания (Консторум, Окунева, Барзак удачно используют тут термин «дебют»).

прыгивают предметы, лежащие на груди. Сердце, как рассказывают нередко больные, «без причины срывается с места и колотится с ускорением», «будто мотор пошел вразнос». Тахикардия, действительно нарастающая, тут обычно более 120 ударов в минуту, часто предшествует ей брадикардия. «Боли» в области сердца весьма необычны: мышца сердца «будто в одном месте растворяется» или «будто мышце сердца не хватает кислорода». Или «чувство зудящей, саднящей свежей поперечной раны в области сердца», или чувство пустоты вокруг сердца («будто сердце висит на ниточке, вот-вот оторвется»). АД повышается с более выраженным подъемом минимального давления (180/110; 200/130; 190/140). Гипотензивные препараты в различных сочетаниях не нормализуют АД даже при длительном лечении.

Многие больные жалуются на «чувство нехватки воздуха» («ощущение, будто вдыхаю воздух без кислорода, и дышу, как в разреженной атмосфере», «будто воздух не доходит до легочных альвеол», «будто дышишь через марлю, противогаз, как-то затруднен вдох»). Или беспокоит неприятное ощущение своего дыхания — будто легкие сами по себе не дышат или вот-вот перестанут дышать: приходится дышать произвольно и, боясь заснуть, следить за дыханием, чтобы не остановилось. Или ощущение — «будто в какое-то место легких воздух не поступает» («будто что-то там пережимает»). Эти больные постоянно проверяют свое дыхание, глубоко вдыхая, наполняя легкие воздухом.

Типичные ощущения в голове — «как-то урчит в голове», «будто в голове ветер или сквозь дырочки сквозит», «напряженность в голове», «чувство, что в голове какой-то мусор» (последнее ощущение подчеркнуто как типичное и тремя авторами), «внутри головы будто какие-то струны, одни натянуты, другие отпущены». Головные «боли» также при подробном расспросе оказываются необычными: «будто воткнулась в голову иголка и минут десять там держится», но в то же время это «не острая боль, а сухая, просто факт боли». Головокружения тут оказываются чаще всего дереализационными или близкими к ним расстройствами («все ненатурально вокруг, какая-то неуловимая пелена, туман», или «как-то все вроде колышется, нестойкое», «пропадает резкость, контрастность», «вижу желтое вместо белого», «из глаз будто всплесками идут какие-то стрелы»). Три автора также встретили у части своих больных «элементы дереализации».

Типичные ощущения в мышцах — «будто рассасывается там что-то», «тупые, ноющие, нудные, надоевшие, не дающие нормально жить ощущения, хочется вместе с ними вырвать мышцы», «болит внутри мяса», но в то же время «это

не боль, а какое-то нытье, круглое, как пятак», «мясо тяжелеет, будто не хватает ему кислорода или чего-то другого, будто там рассасывается что-то». Быть может, эти симптомы близко стоят к явлениям «соматической деперсонализации», указанным тремя авторами («каменеет, истукан, тело не мое», «перестал себя чувствовать», щиплет, чтобы убедиться в своем существовании, «все онемело»). Один наш пациент лил кипяток на ногу, чтобы почувствовать ее.

Рядом с этим и «внутри» этого налицо, особенно в остром состоянии, выраженные симптомы вегето-сосудистой дистонии: неустойчивость вазомоторов (резкая бледность, красные пятна на коже), пот, подъемы температуры до 38°, уже упомянутые тахикардия, брадикардия и т. п. В связи с этим Консторум, Окунева, Барзак замечают, что жалобы имеют тут «какую-то соматическую основу», «они не так уже беспочвенны, не так уже «ипохондричны». Соглашаясь с этим, уточним, что термин «ипохондрический» все же уместен здесь для обозначения стойкой фиксации наших пациентов на этих ощущениях и после спада остроты ощущений, которые «даже не боль», которые трудно выразить. Если в прошлом больной алкоголик, он удивительно легко для алкоголика отходит из-за этих симптомов от спиртного («вдруг от водки!»). Несколько помогают понять «внутреннюю», трудно передаваемую тяжесть этих симптомов соображения Э. Кречмера (1928) о том, что вычурные телесные ощущения шизофреников не просто ощущения, но «одновременно своеобразные, отчасти очень интенсивные аффективные состояния». Действительно, страх, ужас, тревога наших больных лишь в малой части есть психогенные реакции на телесные ощущения. Потому аффективные расстройства наших пациентов имеют содержание самое общее (диэнцефальное, не «корковое», без достаточной мыслительной проработки) — страх просто смерти, сумасшествия и т. п. Порой возникает недоумение, почему боится пациент выписываться, отчего так напряженно фиксирован на своем состоянии, а между тем, больные сообщают лишь малую, более понятную и доступную словесному оформлению — «болевую» часть сенсации, но не аффективную, главную сейчас по своей внешне скрытой сложности*. Кроме того, шизофреническая специфика выражается тут в сравнительном постоянстве жалоб больных (почти без послаблений — до лечения). Если ипохондрик-невротик (психопат), как замечают Консторум,

* В настоящее время некоторые авторы (например, П. Кильхольц — P. Kielholz) рассматривают подобные сенестопатически-вегетативные расстройства как вегетативные проявления замаскированной депрессии.

Барзак, Окунева (1939, с. 92), «когда у него ослабевают или совсем отсутствуют его ощущения и страхи, облегченно вздыхает: от него отошло что-то, «его отпустило», совершенно так же, как отпустила зубная боль», то шизофреник чувствует себя «кровно связанным с симптомом».

О бреде при этих состояниях не может быть речи, потому что все «как будто», «похоже на...» и т. п. «Я не врач, — говорит такой пациент. — Я не знаю, что со мной, может что с сердцем, может с легкими, может с нервами, помогите мне». И когда, наконец, в психиатрической больнице больной получает впервые ощутимую помощь, то охотно соглашается, что все это «нервное».

После дебюта — острого смешения различных описанных выше сенсаций, мучающих человека от нескольких минут до нескольких часов, — наш пациент, в отличие от невротика или соматического больного, не возвращается уже почти никогда в прежнее состояние полного здоровья. Потом могут быть повторения дебюта (обострения, или «приступы», как называют больные), но и между ними теперь постоянная болезненная картина из «размазанных» смягченных сенсаций, неумолимо притягивающих к себе все внимание пациента. Постоянно тревожное, напряженное ожидание «приступа». «Приступы» постепенно слабеют, а шизофренические изменения личности проступают все отчетливее. Больные отмечают, что потеряли прежнюю непринужденность, «свободу души». В первые месяцы болезни еще остро хочется понять, что случилось, как лечиться, у каких специалистов, но чем дальше, тем лучше заметны монотонность, однообразие жалоб, отсутствие живой заинтересованности в беседе с врачом, а то и благодушно-механическое повествование, будто не о себе. При всем этом вдруг узнаем, что пациент готов бросить работу и получить инвалидность, или он ушел по болезни с квалифицированной должности на менее оплачиваемую, или он несколько месяцев уже вовсе не работает. Шизофреническая личностная расщепленность обнаруживается и в том, что больные свои самые необычные жалобы рассказывают без тени собственного удивления, не огорчаются и не удивляются, что не могут справиться с простой пословицей, растолковав сложную. Вяловатая, «милая» беспомощность, растерянная детская мягкость проглядывают в мимике и жестах. Как ребенок, ходит пациент за врачом, хотя он ведущий инженер или врач-хирург, весьма стойкий и твердый в прежнее время. В разговоре с больным создается впечатление душевной разлаженности, нецельности, и сами пациенты нередко просят «собрать» их. Чем дальше без лечения у психиатра, тем больше больные живут как бы по инерции, теряя интересы, увле-

чения, «отсиживая» рабочие и домашние часы под гнетом болезни. Иногда отмечаются шперунги, ментизм, «как-то ускользает естественный образ мышления». Однако расстройства мышления и межличностных отношений (социабильность) здесь, действительно гораздо глуше аффективно-вегетативных расстройств, и потому в этих случаях трудно не согласиться с гипотезой «об относительно слабом участии коры в процессе» (Консторум, Окунева, Барзак).

Основательное улучшение обычно наступает при стационарном лечении нейролептиками, из которых лучший здесь, по нашему опыту, френолон*. Этот препарат per os следует начинать с 10 мг в сутки и прибавлять ежедневно по 10 мг до 50—60 мг в сутки. Небольшие дозы френолона (до 30—40 мг в сутки) обычно оживляют симптоматику, и такое оживление есть момент прогностически благоприятный. Сильные обострения, вызванные небольшими дозами френолона, как и обострения, не связанные с лечением, равно как и сам дебют, купируются внутримышечными инъекциями седуксена (10 мг в/м). Седуксен в таблетках (10—50 мг в сутки) прибавляем к френолону, как и корректор (ромпаркин), для смягчения оживленной симптоматики, если пациент мучается.

Консторум, Окунева, Барзак как о «чрезвычайно важном — дифференциально-диагностическом критерии» говорят здесь о «полной безуспешности психотерапевтического воздействия». Так, видимо, и было в донейролептическое время, но сегодня собственный опыт заставляет говорить о необходимости сочетания лекарственной терапии с психотерапией. Даже в остром состоянии (обострение при небольших дозах френолона или плохо еще до лечения) следует психотерапевтически готовить больного к будущему улучшению (вот поднимутся дозы лекарства!) и уверенно повторять, что жизнь вне опасности. Пациент в острое время обыкновенно этому не верит и не успокаивается, но когда с нарастанием доз френолона делается ему действительно лучше, он, вспоминая слова врача, теперь верит ему, а почва все более «рыхлится» медикаментозно для эффективного психотерапевтического воздействия. Теперь пациенты уже утверждают, что после разговора с доктором им спокойней на $^{1}/_{3}$, на $^{2}/_{3}$, на $^{9}/_{10}$, правда, к сожалению, не надолго. Видимо, целесообразно, чтоб сестры, няни и даже некоторые другие больные были рядом с этими детски-беспомощными, растерянно-послушными, суггестивно-податливыми пациентами до относительно стойкого их улучшения, повторяя от себя ободряющие

* Сегодня френолон прежних лет возможно (хотя и не всегда успешно) заменить этаперазином (Примеч. 2006 г.).

слова врача. Оптимальные дозы френолона (50—60 мг в сутки, иногда больше) пациент получает 1,5—2 месяца, затем доза снижается до поддерживающей (5—10 мг в сутки). Состояние обычно основательно улучшается где-то во второй половине первого месяца лечения. Ослабевают или уходят страх, тревога, смягчается растерянность, неприятные ощущения слабее, реже. Проходит тахикардия в покое (с которой не могли справиться терапевты), нормализуется АД. Однако сквозит во всем облике пациента неуверенность перед будущим.

Как только спала острота симптоматики, следует начать ежедневные удлиненные гипно-суггестивные сеансы (Рожнов, 1953) для группы таких больных (15—25 сеансов). Пациенты весьма тянутся к этим сеансам «лечебного отдыха», трогательно ждут их со своими подушками у входа в гипнотарий. Успокаивающий полуторачасовой сеанс с «волнами» оптимистически-сдержанного внушения уверенности в себе нормализует пульс, помогает хоть ненадолго забыть «нудные ощущения». В.Е. Рожнов еще в 1957 году на материале 22 случаев («вялотекущий шизофренический процесс с преобладанием ипохондрической симптоматики») сообщил, что психотерапия (рациональные беседы, подкрепляемые 15—20 сеансами удлиненной гипносуггестии) в комплексе с лекарственным воздействием (инсулин, аминазин) способствовала «выраженному смягчению отдельных болезненных проявлений».

Абсолютного выздоровления наши пациенты ни перед выпиской, ни через годы не чувствуют. Возвращается некоторый интерес к работе, к внерабочим занятиям. Мелькнет иногда знакомая, но несколько теперь скованная радость жизни. Почти нет страха, поблекли болезненные ощущения и держатся где-то в стороне от «центра сознания». Если на этих ощущениях фиксироваться, они часто усиливаются вместе со своей «аффективной половиной». Но в общем со всем этим, как и с трудновыразимым, иногда гнетущим, чувством присутствия каких-то еще болезненных симптомов, можно работать и все же радоваться жизни, хоть и на каком-то «более низком регистре».

5.7. Психотерапия циклотимической субдепрессии (1988) [47)]

Циклотимическая субдепрессия отличается от дистимических спадов у циклоидов (циклоидных психопатических фаз) не только бóльшей длительностью (чаще 4—9 мес. — Ганнушкин, 1964, с. 187), но и психотичностью, занавешивающей личность настолько, что человек перестает быть самим

собою. Если циклоид в своих дистимических фазах то грустен с повешенным носом, то солнечно-лучезарен, оставаясь собою, то больной циклотимией до субдепрессии синтонно-дружелюбно подшучивает в психотерапевтической группе над психастениками, а в субдепрессивной фазе робко жалуется им, что он теперь сам «психастеник в кубе», вот не смог к удивлению сослуживцев (от застенчивости-нерешительности) ни слова сказать на совещании по важному вопросу.

Скромная, но отчетливая эффективность психотерапевтических воздействий при циклотимической субдепрессии известна (Виш, 1969; Завилянская, 1987). Различные психотерапевтические приемы основываются здесь на классических положениях Ю.В. Каннабиха (1914), развивая их. Эти положения: 1) психотерапевтическим фактором является само помещение больного в санаторий, избавляющее его от требований жизни, которые выполнять не под силу (не нужно проявлять личную инициативу, размеренный образ жизни, «сознание непрерывного руководительства» и возможность постоянной поддержки, разъяснения); 2) уже в разговоре с больным врач пытается убедить его в болезненности его душевных переживаний (они не есть естественная реакция на физические непорядки), часто удивляя больного «угадыванием», знанием его еще не высказанных симптомов, в том числе мыслей о самоубийстве; 3) подчеркнув таким образом больному, что в его состоянии нет «ничего неповторяемо-индивидуального», и назвав болезнь ее настоящим именем, врач уверенно высказывает благоприятный прогноз, ссылаясь, если нужно, на целый ряд аналогичных случаев с полным выздоровлением и подобные периоды угнетения в прошлом у самого больного; 4) внушающее, разъясняющее действие врачебных слов усиливается «неподдельной искренностью интонаций», «одушевлением самого врача»; 5) сеансы внушения (императивного и мотивированного), нередко эмоционально освежающие, приподнимающие больного; 6) психоаналитическое углубление больного в прошлое, воскрешение забытого может усилить угнетенность; 7) «рабочая» (трудовая) терапия с «осязательными результатами», когда нет резко выраженной заторможенности (обычно это «хотя и не трудные, но сколько-нибудь изящные работы, граничащие с каким-либо искусством»).

В своей психотерапевтической жизни пришлось в стационаре и амбулатории лечить 28 больных циклотимией (12 мужчин, 16 женщин, возраст — от 22 до 78 лет). Развивая положения Каннабиха, сделаю здесь несколько замечаний на собственном опыте.

Цель лечения циклотимической субдепрессии и сегодня (несмотря на применение современных антидепрессантов, капельниц и т. д.) состоит не в том, чтобы «вытащить» из приступа (это практически невозможно, если приступ не заканчивается сам по себе), а в том, чтобы помочь легче, глуше его перенести, без острых мук и, по возможности, скорее из него выбраться (когда он на исходе), опираясь на лекарство, лечебную физкультуру, физиотерапию и, главное, психотерапию в широком смысле, пронизывающую все это и работающую серьезно самостоятельно. Все это следует честно объяснить больному, чтобы не мучился острыми разочарованиями, паникой, что-де ни то, ни другое лекарство по-настоящему не вылечивает, только на время притупляет («значит, врач не может подобрать или достать то лекарство, которое вылечит» и т. п.). Необходимо настроить пациента на «терпеливо-выжидательное отношение к угнетенности и колебаниям настроения» (Завилянская, 1987, с. 64). «Приступ уйдет сам, — говорим больному. — Остается нам с вами всячески смягчать, приглушать его, облегчать спонтанный выход из приступа». Что здесь, по опыту, психотерапевтически существенно помогает?

1. Почти постоянно сердечно твердить больному, что приступ пройдет, как уже не раз бывало. «Это обычно так бывает, — говорим пациенту. — Во время приступа думается, что так плохо никогда не было, а значит, теперь уже приступ никогда не пройдет, и поэтому лучше бы умереть. Вот ваше собственное описание прежнего приступа в дневнике. Разве он был легче? Не стоит так трагически переживать, что время идет, а вы все не способны трудиться и товарищам по работе приходится что-то делать за вас. Погодите, вы же знаете, что, когда кончится спад, горы свернете и наверстаете упущенное». Нередко больные, вышедшие из циклотимической субдепрессии, говорили, что тут врачу не следует бояться назойливости, что они верили в то, что тяжесть пройдет, что становилось чуточку светлей на душе лишь в те минуты, когда врач утешал-объяснял. Становится легче даже от одного только ожидания такого разговора с врачом — еще за несколько часов или даже дней. Эти больные готовы совершить долгий, нелегкий путь, чтобы побыть хоть несколько минут рядом с врачом и почувствовать хотя бы минутное улучшение. Улучшение это нередко, кстати, оставляет след веры в то, что раз сделалось сейчас, хоть на мгновение, легче, то, значит, действительно пройдет. Эта детски-беспомощная, тревожно-доверчивая, психотерапевтическая тяга к врачу объясняется, видимо, и синтонным личностным складом циклотимиков. Во всяком случае, такого не видим при многих замкнуто-нелюдимых циклотимоподобных шизофренических субдепрессиях.

2. Ежедневные (или 2–3 раза в неделю) гипнотические сеансы нередко буквально «рассасывают» (особенно с помощью содержательных в этом духе слов) тягостную угнетенность, хотя бы ненадолго. Сеансы эти следует переводить в занятия самовнушением, аутогенной тренировкой, чтобы пациент пытался и сам «смягчать» себя.

3. Попытки душевно оживить, приподнять пациентов творчеством (элементы Терапии творческим самовыражением. Творчески фотографировать, читать, писать, слушать музыку, общаться с природой и т. д. — это значит осознанно чувствовать, проявлять во всем этом себя, возвращаясь все более к себе здоровому из субдепрессивной туманной мороси-занавешенности. Это возвращение к себе самому и дает просветление, иногда даже вдохновение. Только важно делать (писать, рисовать, слушать, читать и т. д.) именно *свое*, соответствующее синтонному, сангвиническому душевному складу. Так, живопись Врубеля, Чюрлениса, музыка Бетховена, Вагнера, поэзия Лермонтова, Бодлера, Блока могут здесь (в отличие от, например, шизоидных, шизофренических случаев) усугубить угнетенность, а помогут обычно — живопись фламандских мастеров, Рафаэля, Рембрандта, Кустодиева, поэзия Пушкина, Бернса, музыка Моцарта, Штрауса, Россини. Вообще циклотимик должен заблаговременно по опыту знать, какой страницей, из какой книги, какими слайдами, какой пластинкой и т. д. он будет себя, по возможности, смягчать в приступе.

5.8. О психотерапии хронических парафренных больных (1991) [65)]

При непрерывно-медленно текущих расстройствах с многолетней систематизированной парафренной структурой, включающей в себя синдром Кандинского–Клерамбо, как отмечали уже Крепелин (1923, с. 194), Гиляровский (1935, с. 325), больные не теряют рассудительности, внешней сдержанности, эмоциональной живости, благополучно существуя одновременно в двух планах, болезненном и здоровом, отлично диссимулируя. Поэтому старые психиатры и называли данное заболевание «парафренией» (а не шизофренией).

Лекарственная и другие формы биологического лечения малоэффективны в этих случаях (Авруцкий, Гурович, Громова, 1974, с. 319; Смулевич, Наджаров, 1983, с. 399; Авруцкий, Недува, 1988, с. 237). С подобными пациентами автору пришлось работать (8 больных) от 2-х до 6-ти лет в основном психотерапевтически.

Быстро здесь убедился в том, что достаточно врачу, например, хотя бы движением брови подвергнуть сомнению реальность фантастических событий, которыми живет больной во втором, болезненном своем плане, как он закрывается для нас в своих бредовых расстройствах и выразительно, даже с едкой насмешливостью показывает теперь, что все эти «аппараты», «организация», воздействия — «конечно же, совершенная чушь», «было когда-то, а теперь прошло». В беседе с такими пациентами важно показать, что врач будто бы допускает реальность воздействия, существования фантастической «организации», искренне озабочен этими событиями (Морковкин, Бурно Е., 1974, с. 165). Тут, понятно, не подходят те психотерапевтические приемы, когда даже в тесном эмоциональном контакте с больным врач пытается исправить патологическое мышление логическими доводами (Странский, Когерер). Здесь уместна психотерапевтическая тактика, при которой психотерапевт играет роль как бы союзника больного в борьбе с «врагами», сердечно-доверительно «влезая» в болезненную систему, погружаясь в ее детали, делаясь по сути дела одним из действующих лиц парафренной драмы. В таком случае «преследователи» начинают обычно недружелюбно, с недовольством обсуждать фигуру врача, «суетятся», «копошатся», а сам больной горячо советуется с врачом, и возможно теперь предотвращать опасные действия, которыми он защищается от «преследователей».

В самой сути бредовой системы, как известно, заложен ценный защитный момент — дать какую-то, пусть мифологическую, ориентацию, опору растерянному испуганному, беспомощно потерявшему себя человеку, душевная жизнь которого расстроена, нарушена болезненным процессом. Сравнительная личностная сохранность, тонко-отчетливая двуплановость описываемых здесь больных как раз, думается, объясняется подробной, выразительно-сложной, прочно закрепленной, проникнутой патологической (но по-своему цепкой) логикой бредовой системой, подобной искусно сотканному спасительному гамаку, на который может душевно опереться истерзанный и загнанный сперва малопонятным и жутким своей неопределенностью преследованием пациент. Обнаруживающийся здесь момент бредового величия с торжественным оттенком мировой избранности, вдохновенной приподнятости и желанием преследовать своих «преследователей» также несет в себе внутреннюю патологическую защитность, смягчающую страх больного. Все это клинически обусловливает психотерапевтические приемы, которыми психотерапевт играет роль защитника больного в борьбе с «врагами», ориентируясь насколько возможно подробнее в систематизированных патологически воображаемых

событиях, все более тепло сдруживаясь с пациентом, ибо только тогда плодотворными станут врачебные советы и запреты. Иной психотерапевтической дороги к таким больным пока не удалось найти. Вот что писал мне в связи с этим пациент Г., 63-х лет, убежденный в том, что его мучает всемирная организация особых существ («пауков»), и впоследствии переставший, по моему совету, писать письма об этом в разные инстанции: «В больнице ругали меня, зачем я пишу правительству, и предлагали, что если задумаю в следующий раз посылать письма, то предварительно посоветоваться с ними. До больницы, конечно, мой разговор с пауками не дошел, и я не стал об этом распространяться, так как они с отвращением и немножко со злобой, и, главное, с абсолютным неверием и таковым же нетерпением слушали меня. Я сказал им, что последнее время я вообще ничего не слышу, никаких голосов, и все, что им рассказываю, относится к далекому прошлому».

Больные получали душевное облегчение, даже просто выговариваясь врачу, рассказывая в подробностях о все новых «кознях». Если же посоветовать писать обо всех этих событиях дневник, очерки (это-де может понадобиться другим людям для изучения), то бредовое напряжение еще более смягчается. И здоровый человек способен ослабить свои переживания, описывая их в дневнике, в письме, в стихотворении. В таких случаях написанная строка заряжена авторским напряжением, которое таким образом как бы отделяется от автора, и оставшегося в авторской душе напряжения уже меньше, оно мягче. Хемингуэй в рассказе «Отцы и дети» замечает об облегчающей душу работе творчества: «Если б можно было об этом написать, он бы освободился от этого. Он освободился от многих вещей тем, что написал о них. Но для этого не пришло еще время. Многие оставались еще в живых». Когда душевнобольной по совету врача и направляемый врачом пытается таким образом катарсически отдать часть своих переживаний бумаге или холсту, это есть порой серьезное лечение в духе терапии творчеством. Одновременно с «творческой увлеченностью» своими болезненными расстройствами эти пациенты способны неплохо работать по своей профессии здоровой гранью личности, прекрасно скрывая от сослуживцев, по совету психотерапевта, свое больное.

Назначая пациентам психотропные препараты, следует объяснить, что лекарства эти повышают сопротивляемость воздействию тех злонамеренных внешних сил, делают человека менее чувствительным к ним.

К подобным психотерапевтическим приемам возможно прибегать лишь врачу, серьезно симпатизирующему больному и способному к этой искренней терапевтической игре.

5.9. О психотерапевтическом рассказе А.П. Чехова «Черный монах» (1998)* [105)]

В сегодняшней мировой медицине сложилась уже область лечения, профилактики художественными образами-переживаниями. Это — лечебные и профилактические художественные фильмы, пьесы, рассказы, стихотворения, песни, письма, произведения живописи и творческой фотографии. Речь идет не о научно-популярной, санитарно-просветительной медицинской работе в обычном смысле, а о лечебно-профилактической работе художественными образами-переживаниями. Эти художественные образы-переживания медицински (лечебно-профилактически) преломлены, то есть созданы медиками-профессионалами или иногда другими людьми, способными серьезно медицински помочь своею душой страдающим. Таким образом, это не часть искусства, а часть медицины. Что-то из всего этого, возможно, одновременно принадлежит и медицине, и искусству. Впрочем, было бы странно, если бы клиническая психотерапия (область медицины, профессионально клинически лечащая средствами души врача) остановилась навсегда на технических приемах внушения, гипноза, разнообразного тренинга и не проникалась такими одухотворенными «орудиями», как целебные художественные образы.

В письмах, рассказах и повестях А.П. Чехова, в воспоминаниях современников о нем отчетливо видится врачебное, клинико-психотерапевтическое, естественнонаучное мироощущение писателя, и некоторые чеховские произведения можно было бы назвать в этом смысле профессионально психотерапевтическими (напр., «Волк», «Враги», «Княгиня»).

Остановлюсь здесь на «Черном монахе», которого Чехов писал в «период острого интереса (...) к психиатрии» и называл его «рассказом медицинским, *historia morbi*» (Долотова, Орнатская, Сахарова, Чудаков, 1977). Конечно же, рассказ гениален в общечеловеческом смысле, что бы ни говорил о нем застенчивый автор, но как специалист скажу только о медицинском его значении, и даже лишь об одной из медицинских граней рассказа — о лечебной грани в отношении душевнобольных. Остается в стороне целительное действие работы над рассказом на самого Чехова («Впечатление черного монаха, — вспоминает М.П. Чехов, — было настолько сильное (после «страшного» сна — *М. Б.*), что брат

* Доложено на конференции «А.П. Чехов и медицина» в Доме-музее А.П. Чехова на Садовой-Кудринской 25 октября 1995 г.

Антон еще долго не мог успокоиться и долго потом говорил о монахе, пока, наконец, не написал о нем свой известный рассказ» (Долотова, Орнатская, Сахарова, Чудаков, 1977). Не стану обсуждать и замечательное художественно-клиническое описание острого психотического эндогенно-процессуального парафренного расстройства в рассказе. Парафренного — то есть с фантастически-сказочным душевным подъемом, ярким ощущением своей избранности. Мой вопрос здесь: как может помочь этот чеховский рассказ душевнобольному в подобном состоянии, а заодно — и его врачу?

Магистр психологии Коврин, чувствуя нервное утомление, по совету приятеля-доктора на весну и лето поехал в деревню, жил там у «своего бывшего опекуна и воспитателя» садовода Песоцкого, женился на его дочери Тане. Там же случилось с ним острое психическое расстройство. К нему стал являться лукаво-ласковый галлюцинаторный «монах в черной одежде, с седою головой и черными бровями», не касаясь босыми ногами земли. И они интереснейше для Коврина философски беседовали. Монах назвал магистра «избранником Божиим», который служит «вечной правде», «высшему началу» своими мыслями, намерениями, своей «удивительной наукой». Он, Коврин, «один из тех немногих», кто «на несколько тысяч лет раньше» введет человечество в «царство вечной правды», в вечное наслаждение познанием. Магистру приятно слушать это, но он, поначалу еще способный поглядывать со стороны критически на свое психотическое, смущен тем, что монах — призрак, галлюцинация, а стало быть, может ли он, Коврин, психически больной человек, верить себе. Но монах, как бы повторяя сокровенные мысли Коврина, утверждает, что болезнь только помогает постичь идею, правду, ведь даже ученые теперь говорят, что «гений сродни умопомешательству». «Повторяю: если хочешь быть здоров и нормален, иди в стадо». «Раз или два в неделю, в парке или в доме» Коврин восхищенно беседовал с монахом, убежденный в том, что «подобные видения посещают только избранных, выдающихся людей, посвятивших себя служению идее». Беседовал даже за обедом при жене и тесте, обращаясь к ним так, что они и не подозревали, что на самом деле он «говорит не с ними, а со своей галлюцинацией». Но когда однажды, уже в городе, зимой, в пять часов утра, в радостной бессоннице он говорил с монахом о естественности своего постоянного чувства счастья для свободного, умного и нравственного человека, проснувшаяся Таня пришла в такой ужас, что вместе с отцом, гостив-

шим тогда у них, они повезли Коврина к доктору лечить от счастья. Черный монах в процессе лечения пропал, а Коврин стал толстеть и чувствовать себя рассудительной, солидной посредственностью, которой «скучно жить». «О, как вы жестоко поступили со мной! — говорил он близким. — Я видел галлюцинации, но кому это мешало? Я спрашиваю: кому это мешало?» Близкие, доктор добросовестно, от души «вылечили» его, и теперь близкие страдали, так как он «стал раздражителен, капризен, придирчив и неинтересен», испытывал «душевную пустоту, скуку, одиночество и недовольство жизнью». Он «рвал на мелкие клочки свою диссертацию и все статьи, написанные за время болезни, (...) бросал в окно, и клочки, летая по ветру, цеплялись за деревья и цветы; в каждой строчке видел он странные, ни на чем не основанные претензии, легкомысленный вздор, дерзость, манию величия, и это производило на него такое впечатление, как будто он читал описание своих пороков». И хотя Коврин получил за прежнее самостоятельную кафедру, вступительную лекцию так и не прочел.

Пора мне уже сказать, что Природа, главный наш врач (как объяснил это клиницист Гиппократ), лечила Коврина еще в период его нервности, побуждая к философским занятиям («Читаю психологию, занимаюсь же вообще философией»). Когда печально-сангвинический, трезво-практический тесть-садовод спросил его: «И не прискучает?» — Коврин ответил: «Напротив, этим только я и живу». И когда грянул острый психоз, Природа продолжала лечить Коврина творчеством, но теперь уже психотически-парафренным. Гиппократ завещал врачу подсмотреть в клинической картине, как защищается от вредоносных воздействий (внешних и внутренних) сама природа, дабы помочь великой, но несовершенной Стихии защищаться совершеннее. Врач Коврина стал просто глушить природу тогдашними успокоительными средствами. Сейчас психиатры делают это гораздо сильнее с помощью современных психотропных препаратов. Психотропные лекарства в своей осторожной дозированности, конечно, необходимы при лечении психозов. Однако в парафренных случаях (здесь больной редко бывает опасен для себя и других) хорошо бы пронизывать лекарственное лечение сложным психотерапевтическим воздействием, также помогающим Природе-целительнице. Ведь не было бы монаха, подаренного Природой, — был бы тягостный беспредметно-аморфный подъем-напряженность, способный превратиться в черную, такую же беспредметную тоску. В подобных случаях, думается, следует всячески способство-

вать целебному психотическому творчеству пациента: пусть себе беседует с монахом, пишет философское сочинение, повесть, дать ему краски рисовать и т. д. Во всяком случае, не мешать Природе. Случается, пациент обнаружит здесь самобытно-талантливое лечебное творчество: ведь подлинное, высокое творчество всегда лечение от страдания, душевного хаоса-разлада, в том числе остропсихотического. «Как счастливы Будда и Магомет или Шекспир, что добрые родственники и доктора не лечили их от экстаза и вдохновения! — сказал Коврин. — Если бы Магомет принимал от нервов бромистый калий, работал только два часа в сутки и пил молоко, то после этого замечательного человека осталось бы так же мало, как после его собаки. Доктора и добрые родственники в конце концов сделают то, что человечество отупеет, посредственность будет считаться гением и цивилизация погибнет»*.

В самом деле, душевнобольные гении, в сущности, стихийно, пока это было возможно, лечились творчеством от болезни, и картина-особенность творчества отражала в себе картину-особенность болезни (Kretschemer, 1958). Можно здесь приводить и приводить примеры: художники — Босх, Дюрер, Гойя, Федотов, Врубель, Ван Гог, Чюрленис; писатели и поэты — Данте, Тассо, Гельдерлин, Гофман, Батюшков, Гоголь, Стриндберг, Пруст, Кафка; композиторы — Шуман, Гуно, Скрябин; ученые — Сведенборг, Кьеркегор, наш психиатр Кандинский, описавший впервые так выразительно из собственных психотических переживаний псевдогаллюцинации и синдром психического автоматизма. Скажу теперь вслед за Ковриным: мы бы, наверно, не знали о них, если б их в свое время основательно лечили-приглушали, особенно — современными психотропными препаратами. Не было бы «Ночи перед Рождеством», «Вия»...

Бывает, душевная болезнь губит или замораживает творческие способности, но в парафренных случаях творческие способности необыкновенно оживляются, сказочно окрашиваются болезнью.

Карл Густав Юнг (1875–1961), так же переживавший парафренные психотические расстройства, был помоложе

---

* По-видимому, рассказ был именно этой нотой близок, созвучен Л.Н. Толстому, его «Запискам сумасшедшего». Русанов в письме к Чехову 14 февраля 1895 г. привел этот отзыв: «О “Черном монахе” Лев Николаевич с живостью и с какою-то особенною нежностью сказал: “Это прелесть! Ах, какая это прелесть!”» (Долотова, Орнатская, Сахарова, Чудаков, 1977, с. 493).

Коврина, но дожил до глубокой одухотворенной старости. Ему повезло в том отношении, что был он сам психиатр-исследователь и у других психиатров не лечился. Наблюдая за своими остропсихотическими сказочными видениями-переживаниями, изучая их, Юнг открыл существование Коллективного бессознательного с архетипами в своей основе, создал развивающуюся всемирно известную школу «аналитической психологии». Он смело описывал-публиковал и свою встречу с Коллективным бессознательным, и психотические видения, переживания в различные периоды жизни, выводя из всего этого свои открытия. Юнг (1994) вспоминает, например: «Я сидел за письменным столом, погруженный в привычные уже сомнения, когда вдруг все оборвалось, будто земля в буквальном смысле разверзлась у меня под ногами, и я погрузился в темные глубины ее. Я не мог избавиться от панического страха. Но внезапно и на не очень большой глубине я почувствовал у себя под ногами какую-то вязкую массу. Мне сразу стало легче, хотя я и находился в кромешной тьме. Через некоторое время мои глаза привыкли к ней, я себя чувствовал как бы в сумерках. Передо мною был вход в темную пещеру, и там стоял карлик, сухой и темный, как мумия» (с. 180—181). А вот как подошел Юнг в психозе к своим архетипам «А́нима» и «А́нимус». «Меня крайне занимало то, что какая-то женщина существует внутри меня и вмешивается в мои мысли. В самом деле, думал я, может, она и есть “душа” в примитивном смысле слова, и я спросил себя, почему душу стали называть “anima”, почему ее представляют как нечто женственное. Впоследствии я понял, что эта “женщина во мне” — некий типический, или архетипический образ в бессознательном всякого мужчины, я назвал его “Анима”. Соответствующий образ в бессознательном женщины я назвал “Анимус”» (с. 187).

Итак, парафренное психотическое расстройство есть философически-сказочное творчество, поскольку в нем философически-сказочно оживляется индивидуальность. Вспоминаю, как в молодости в областной деревенской психиатрической больнице колхозники, механизаторы, обогащенные красочными философически-сказочными переживаниями в остром психозе, после лечения инсулиновыми шоками и нейролептиками делались скучными, бедными душой, а родственники их радовались, считая это настоящим здоровьем, которое было и до психоза. Перенесенное психотическое парафренное расстройство может быть творчески гениальным, талантливым, но чаще оно, конечно,

остается душевной, духовной философски-сказочной драгоценностью лишь для самого пациента, потаенно поддерживая, просветляя его в течение всей жизни этим напоминанием по-настоящему живой, глубокой души. Для этого психиатр должен профессионально-клинически, благоговейно-осторожно помочь пациенту творчески, духовно пережить его расстройство, то есть врачебно-гиппократовски помочь Природе в ее психотической защите. Конечно же, в случае гипертоксического психотического расстройства и в случаях депрессивно-суицидальных врач будет действовать по необходимости иначе, сильным лекарственным лечением. Во многих мучительных психотических не-парафренных случаях способствуем, по В. Е. Смирнову (1985), тому, чтобы пациент «осознал свои психотические расстройства и размежевал себя с ними путем самоотчета в диалоге с врачом». В. Е. Смирнов поясняет эту психотерапевтическую тактику следующими мифологическими мотивами. «Задача врача своими высказываниями и другими средствами — воссоздать род “зеркала”, подобие того блестящего медного щита, в который глядел Персей, вступая в единоборство с Горгоной Медузой» (с. 583). При этом особыми способами (прежде всего творческими) выявляются «ключевые интересы в преморбидной индивидуальности пациента», те творческие интересы, в которых находило отражение «Я» пациента (ведь из туловища поверженного чудовища «взвился (...) крылатый конь Пегас» (с. 584). Однако в парафренных случаях (с обычным здесь торжественно-светлым, сказочно-философским подъемом души) подобные психотерапевтические воздействия, как правило, почти не действуют, и помогать парафренным следует по-другому — вживаясь в их психотическое состояние, как в сказку, которая может серьезно помогать духовным целебным обогащением. Пациент, принявший врача в круг своего парафренного психоза, доверяется ему, делится-советуется с ним, и таким образом можно дружески предупреждать какие-то его, быть может опасные, действия (Бурно, 1991). Словами П.В. Волкова, автора подробной, тонкой, живой работы на эту тему, «в идеале психотерапевт будет стремиться к тому, чтобы пациент со своим бредом “вписался”, пусть своеобразно, в социум» (Волков, 1993). Таким образом, говорю лишь о случаях психотически парафренных или с массивным парафренным звучанием среди иных расстройств, но сравнительно безопасных для пациента и общества.

Коллеги-психиатры скажут мне: да ведь не от лечения, тем более прошловекового, Коврин сделался скучно-раздра-

жительной посредственностью; это болезнь так повернулась, острая психотика ушла и унесла с собою прежнее философически-красочное богатство души, наступило «эмоциональное снижение», «опустошение». Да, это во многом так. Но если бы врач психотерапевтически помог Коврину творчески пережить его праздничное парафренное состояние, оставить-закрепить его в каких-то творческих работах, записях, чтобы впоследствии оно вспоминалось не как презренное сумасшествие (от которого следует отпаиваться молоком), не только как «болезнь», но и как всплеск потаенного душевного, духовного богатства, — это парафренное творчество, эти сказочные воспоминания могли бы долгие годы «подпитывать», оживлять постпсихотическую раздражительную вялость-тоскливость. «Мне потребовалось сорок пять лет, — пишет в старости К. Юнг (1994), — чтобы заключить в строгие формы научной работы все, что я тогда пережил и записал. Когда я был молод, я мечтал о научной карьере. Но этот раскаленный поток, эта страсть захватили меня, преобразив и переродив в своем огне всю мою жизнь. Она была первоэлементом, все мои работы — лишь более или менее удавшаяся попытка сделать ее достоянием современников, частью их мировидения. Первые впечатления и сны были как раскаленный поток базальта — из него выкристаллизовался камень, и камень я уже мог обрабатывать» (с. 200). Для других же, не таких одаренных, как Юнг, парафренный опыт, оживляющий, раскрашивающий в воспоминаниях душу, послужит хотя бы материалом для сказок внукам. Только не следует глушить напрочь различными способами это волшебное богатство, это редкое счастье. Или сурово принижать его, зачеркивать врачебно или обывательски строгим к нему отношением как к постыдному, страшному, непозволительно патологическому. Чеховский рассказ из прошлого века побуждает нас к этим профессиональным размышлениям. Все это возможно доступно-понятно, психотерапевтически-дружески рассказать парафренному пациенту, озабоченному своими расстройствами, обычно пугающемуся поначалу сумасшествия (как Коврин), разобрав с ним чеховский рассказ. Или же пациент в улучшении, в светлое от психоза время и без нас, а только с помощью Чехова, читая-переживая этот рассказ, готовится (лучше вместе со своими близкими) целебно-творчески переносить возможные и в будущем психотические вспышки, понимая-чувствуя их и как свое душевное, духовное богатство, от которого не следует безоглядно убегать в бодрую или вялую пустоту так называемого стадного душевного здоровья.

5.10. О Терапии творческим самовыражением (ТТС) пациентов с шубообразной шизоаффективной шизофренией (тридцатилетний психотерапевтический опыт) (1999) [118)]

Известно уже с 20-х годов XX века немало серьезных работ о более или менее успешной психотерапии больных с тяжелыми формами шизофрении. Возможно познакомиться с обзорами этих работ и на русском языке (Смирнов, 1985; Бурно М., 1985; Холмогорова, 1993). О Терапии творческим самовыражением тяжелых эндогенно-процессуальных пациентов пишу впервые.

Указанная в названии работы разновидность шизофрении (Наджаров, Смулевич, 1983) обозначается по МКБ-10 как «Шизоаффективный психоз депрессивного типа». Многолетняя амбулаторная ТТС 27-ми таких пациентов в дополнение к лекарственному лечению их в диспансерах и психиатрических больницах, как могу сейчас с убежденностью отметить, существенно помогает им нести свой горький крест.

Все наши пациенты, заболев, не выздоровели. Они перенесли от 4-х до 9-ти тяжелых острых шубов. Примерно треть времени болезни в общей сложности шубная (преимущественно депрессивно-параноидная) симптоматика (с онейроидными и парафренными включениями) «проклевывалась»*, но глушилась «большой артиллерией» нейролептиков и антидепрессантов (галоперидол, стелазин, модитен-депо, большие дозы амитриптилина и т. п.). Остальное время эндогенный процесс протекал сравнительно вяло, обнаруживаясь тягостной тоскливостью-дефензивностью вперемешку с болезненной сенситивностью, «приторможенностью-придавленностью», страхами-подозрительностью, что «обидят меня, слабого», деперсонализационными расстройствами. Жизни без душевной тяжести и в это межшубное время у них практически нет. Они не живут, а выживают с трудом почти каждый свой день. О женитьбе, замужестве тут лишь тихо мечтается. Суицидальные переживания и попытки не оставляют пациентов и в межшубное время. Если вдруг наступает оживление-легкость, то обычно они пугаются наплывающего шуба и бегут в диспансер попросить «тяжелой артиллерии». Непрекращающиеся в этих случаях основательное долголетнее лекарственное лечение и лекарственная профилактика остроты, возможно, и способствуют здесь

* В кавычки беру в статье слова, высказывания пациентов.

этому непрерывному, с «придавленной» остротой течению шизофрении практически без светлых ремиссий.

Все 27 пациентов прошли долгосрочный (2—5 лет) курс ТТС и еще годы после этого получали поддерживающее лечение.

Психотерапия в шубе практически невозможна. Но в подостром состоянии, в те часы, дни, когда лишь настойчиво «проклевывается» острая психотика или шуб ослабевает, уже возможно для пациентов помогать себе творческими приемами.

Пациенты рассказывали, что в острой психотике они чувствуют себя совершенно одинокими, как бы в ином мире; нет и малейшего созвучия с реальным миром. С воронами, галками как бы в разных мирах. Страшны и свой, и чужой мир. «В это время нет ни с кем никаких отношений или они придуманы мною. Из этого мне ясно, что вся здоровая жизнь строится прежде всего на теплом творческом созвучии с этим, нашим, миром. Все в это время, даже близкие, как-то пытаются показать мне, что я в чем-то не прав, не так живу. Враждебная тишь перестрелки за окном. Не выхожу из своей комнаты. На глубине психотики все животно, нет человеческого тепла. Животная безэмоциональная половина меня и людей вступают во взаимодействие. Люди движением своих мышц способствуют движению моих мышц и как-то разоружают меня в этой инсценировке. Вступаю с ними в эту игру, и они, зная мои мысли, переигрывают меня, вытягивая мое заветное из моей груди, а я не могу удержать это заветное. Это ад. В это время я убежден, что мир устарел и надо глобально изменить его, дать людям ключи от счастья. Но как? Чтобы это понять, надо дойти до какой-то самой грани. Только в начале погружения понимаю, что ухожу в этот иной мир, а потом уже и не понимаю, что нахожусь в нем. Здесь ничего творческого не удается делать. И только когда подплываю к берегу и возникает ощущение прежнего «Я», уже возможно кое-как искать созвучие с нашим миром. Благодаря приобретенному от наших целебно-творческих занятий, уже могу искать созвучия, обращаясь к альбомам и книгам. Так, нахожу созвучие с Рембрандтом, чувствую глубину его тепла, с Утрилло, Рильке. Читаю Экзюпери: да, настоящая жизнь возможна на накале. И мой жизненный накал — погружаться в переживания, не боясь предела, изучать это, записывать.» В это переходное, подострое время («когда недалеко ощущается берег, но еще продолжается чувство торчания среди людей, которым не-

ловко со мной, например, в транспорте, которым как-то мешаю думать свое и они знаками, давлением взоров сообщают мне об этом») пациенты таким образом ищут целебные созвучия, например, с известными художниками, которые тоже противостояли миру (называют Толстого, Леже), тоже искали пороки людей. Пациенты ищут и целебное созвучие с самими собою в детстве, оживая душой со своей старой детской книжкой, с морозом («дышу, как в детстве на морозе»), возвращаются к себе, рассматривая внимательно кору дерева («вот кора живет, и я живой»). Надо для облегчения «коснуться» чего-то близкого тебе (например, своей записи в записной книжке, звонка товарища из группы творческого самовыражения). Легче становится даже не от конкретного результата, а от самого «соприкосновения». Или эти духовно сложные пациенты в это время (в этом «отпуске») чувствуют себя особым образом примитивными, «плоскими» и испытывают облегчение от «доступности реальному миру этой собственной глубинной примитивностью». Понимают, слушая магнитофон, «юмор Высоцкого», картины Брейгеля, Пиросмани, наскальную живопись в альбомах, прозу Платонова. «Выставляю вокруг себя определяющие меня открытки картин, чьи-то личности. Уточняю свое теперешнее “Я”, и что-то как-то становится на свои места, не хочется избавляться от этой плоскостности, она по душе, это более глубокий слой жизни, хотя и более примитивный». В группе творческого самовыражения в это время еще нельзя пребывать: плохо среди непсихотической праздничности. Пока только «домашняя» ТТС. «Но помогает вспоминать то, что происходило прежде в группе творческого самовыражения, когда в ней жил, и это как-то подсказывает, определяет, что же со мной происходит сейчас. То есть эти воспоминания имеют живой смысл».

Нередко и в подостром состоянии пациенты делают записи в тетрадь, в дневник, стараясь выразить свое состояние на бумаге, — но не только для себя, а чтобы еще кто-то прочел, услышал, «для других», пытаясь так хотя бы в будущем «соединиться духовно с другими».

Более углубленно ТТС помогает во время той, наибольшей по времени, неврозоподобной части жизни пациентов, когда они испытывают отмеченную выше сложную душевную боль-заторможенность с переживанием своей никчемности, неполноценности, тягостной необщительности, пустоты — без острой психотики. В это время уменьшаются антипсихотические дозы психотропных препаратов и открываются возможности психотерапевтической помощи (ТТС), что в комплексе с лекарственным лечением существенно

помогает выживать. «Все равно в это время обычно живу как бы без чувства. Это духовная каторга. Вроде как-то общаясь, разговариваю, а истинной жизни нет, душевная пустота-бесформенность (временами до страшноты), замечаю у себя в зеркале взгляд раненного животного. Депрессия то с коростой, то с содранной коростой — обнаженная рана. Порою напряженность в теле до ощущения безмясности. Бесценные проблески жизни дает только целебное творческое самовыражение. Группа творческого самовыражения — это как живой ручеек среди всяких моих катаклизмов». «Научился думать в группе творческого самовыражения, почувствовал свои мысли, а то были лишь туманные пятна, эскизы мысли, не понимал жизнь и не видел смысла в ней».

Отмечу некоторые особенности ТТС применительно к этим пациентам в их неврозоподобном состоянии (хотя, конечно же, это эндогенно-процессуальное неврозоподобное состояние тяжелее, субпсихотичнее такового при малопрогредиентном шизофреническом процессе).

1. Уже в индивидуальных личностно-теплых беседах с психотерапевтом, отвечая по-своему на сочувственно-дружеские вопросы, пациенты яснее, тверже чувствуют себя собою и называют эти беседы «пищей для внутреннего собственного лечебного процесса, самовыражения» («от душевного, теплого участия психотерапевта оживляется-работает личность, возникает возможность почувствовать себя человеком»).

2. Изучение в творческом самовыражении душевных расстройств и характерологических радикалов. Здесь важно изучение именно депрессивных расстройств, дефензивности, навязчивостей, деперсонализации (для понимания происходящего с тобой) и творческой ценности указанных расстройств. Целебное понимание своего состояния углубляет более или менее подробное знакомство с учением о характерах. Пациенты довольно легко определяют у себя полифонический характер (Добролюбова Е.А., 1996) и отмечают, что для них важно знать-понимать, смена каких характерологических радикалов происходит в их движущемся характере-аффекте: какому именно из их характерологических радикалов (аутистическому, психастеническому, синтонному и т. д.) «ответит» в данное время определенная книга, картина, как скорее найти оживляющее личность созвучие с определенным присутствующим сейчас в душе на первом плане радикалом, какие радикалы участвуют в общении с какими людьми и т. д. Пациенты соглашаются, что «да, “Явление Христа народу” Иванов не мог бы написать без своей душевной полифонии, Брюллов бы такого духовного напряжения-переживания не сотворил бы, не из чего».

3. Творческое общение с литературой, искусством, товарищами в группе творческого самовыражения. «Чтение Блока оживляет индивидуальность, — рассказывает пациент. — Близка “Игра в бисер” Гессе. Чувствую высшую человеческую духовность какой-то абстрактной фигуры». Или больной замечает, что ведет себя в духе одухотворенного академика Лихачева, беседу с которым смотрит по ТВ (голос, манера академика как-то помогают в трудностях жизни). В этих приемах пациенты видят-чувствуют «свой смысл жизни в какой-то пользе для других». «Смысл жизни в выполнении конкретной творческой задачи, а выполнение творческой задачи есть счастье. Творческая задача — это то, что было глубоко внутри, это спрятанное, положенное в нас предназначение, а когда происходит творчество, это спрятанное выходит и доступно всем, и живу в человечестве».

Многие пациенты самым целебным для себя считают одухотворенно-творческое общение с себе подобными людьми (в группе творческого самовыражения, в клинико-психотерапевтическом театре, в экскурсиях, путешествиях). Это общение приносит главное — «ощущение нужности своей». Но глубокое общение такого рода — с пониманием своего отношения к жизни — способно все-таки происходить, в основном, в беседах о творческом, о духовной культуре с чтением вслух друг другу собственных произведений, с рассматриванием рисунков, творческих фотографических работ друг друга.

4. Нередко серьезно помогает перечитывание написанного собою: вспоминается то состояние, в котором писал, и «понимаю, что живу», и потом «этот момент освещает всю жизнь».

5. Благодаря целебной жизни в клинико-психотерапевтическом театре пациенты в творческом вдохновении находили, уточняли, «вспоминали» себя в психотерапевтической роли. «Пусть это миллиграммы человеческого счастья, но счастье это жизнь души, и миллиграммы этого тоже бесценны. Душа оживает в психотерапевтической роли, а иначе — мрамор».

6. Пациенты обычно подчеркивают, что если бы доктор просто дал совет идти в природу, читать интересные книги, смотреть альбомы художников, из этого не было бы толка. Необходима «взаимная работа», «узы», «чтобы все мы сидели с врачом в психотерапевтической гостиной за одним столом, за его столом, и чтобы он делал доброе, важное для нас, творческое, то, что нам предлагает, вместе с нами. Тогда, когда мы вместе, созреваешь к творчеству, включаешься в творчество-жизнь. Главное — узы, нам тогда тепло друг с другом, это оазис жизни». При этом один из пациентов,

дабы яснее его поняли, сослался на конкретное место в статье Л. Н.Толстого «Так что же нам делать?» Там крестьянин В. К. Сютаев, единомышленник Толстого, проповедовавший братство и любовь среди людей, объясняет Толстому свое понимание «милостыни» к голодающим: «Я не богат, а сейчас двоих возьму. Вон малого-то ты взял на кухню; я его звал к себе, он не пошел. Еще десять раз столько будь, всех по себе разберем. Ты возьмешь, да я возьму. Мы и работать пойдем вместе; он будет видеть, как я работаю, будет учиться, как жить, и за чашку вместе за одним столом сядем, и слово он от меня услышит и от тебя. Вот это милостыня, а то эта ваша община совсем пустая» (Толстой Л.Н. Собр. соч. в 20 т., т. 16. М.: Худож. лит., 1964, с. 218).

7. В этом выживании через творчество, творчески выражая свое страдание в прозе, поэзии, живописи, пациенты нередко смягчают острое чувство ужаса, как делал это, видимо, и Э. Мунк (например, своей работой над картиной «Крик»). «Если удается даже в своем ужасе выразить свое, чувствуешь себя больше собою в этой личностной размытости ужаса, чувствуешь, что сделал дело — и испытываешь ощущение тепла».

При этом, конечно, пациентам хорошо, если стихотворение, рассказ напечатаны в наших психотерапевтических сборниках, но обычно важнее для них непосредственное обращение своим творческим произведением к зрителям в нашем психотерапевтическом концерте, к товарищам в группе творческого самовыражения. Так им легче почувствовать главное для них — живое взаимодействие с аудиторией, «включенность в жизнь со всеми».

8. Некоторым пациентам существенно помогало творческое исследование, описывание своих психотических расстройств после перенесенного шуба. Я побуждал их делать это примерно так, как это делали уже с несомненной пользой для своего здоровья В.Х. Кандинский (Рохлин Л.Л., 1975) и К. Юнг.

9. Пребывание в гипнотическом состоянии с проникновенно-одухотворенными словами поддержки в это время «освежает», «укрепляет душевно», «просветляет» многих пациентов в межшубное время (1994).

10. Многие из моих пациентов отмечали, что на них благотворно действуют наши разговоры, их выступления на моих лекциях врачам и психологам, на наших конференциях. «Испытываю при этом сильное целебное ощущение контакта с залом, аудиторией; яснее чувствую, понимаю подробности своих переживаний; легче и от того, что нужен специалистам своим участием в их совершенствовании в психотерапевтическом деле».

11. Помогает пациентам и помогать приемами Терапии творческим самовыражением другим пациентам, которым еще тяжелее. Для некоторых таких пациентов-психотерапевтов это становится пожизненной необходимостью. «Чувствую, что без этого живу впустую, все уходит в никуда, вся моя жизнь, нет ни от кого ответа, а тут выходит, что не зря живу, дышу; не в песок жизнь, а взаимодействие происходит, включенность в общее дело, какая-то хоть крошечная польза, ведь смысл — в отдаче».

12. Много значит в психотерапевтическом отношении не только для дефензивных шубообразных пациентов, но и для дефензивных малопрогредиентно-неврозоподобных, их собственное присутствие на конференциях с клинико-психотерапевтическими разборами больных, — присутствие, как уже членов Профессиональной психотерапевтической лиги. В работе А. Капустина (1999) читаем об этом: «Когда слышишь жалобы пациента, вопросы врачей, когда слушаешь итоговое заключение, то внутри невольно идет сравнение с собой, и становишься понятнее сам себе. И яснее виден путь, которым следует идти. Я бы сказал, что заинтересованное присутствие “вольным слушателем” увеличивает мою “прочность”, и чувствуешь, каким образом можно попытаться помочь другому человеку» (с. 28).

13. Небезынтересно, как сравнивают пациенты действие на них ТТС и психотропных препаратов (нейролептиков, антидепрессантов). «Лекарства действуют как бы извне. Они дают основание, чувствуешь себя с ними тверже, без паники, острой неуверенности. Ими унимается острота. Они приглушают неприятные переживания или дают искусственный подъем. А Терапия творческим самовыражением работает как бы изнутри, сама собою, сообщает мне человеческое, дает надежду и содержание, смысл. Без психотерапии, с одними лекарствами, была бы животная пустота. Но лекарства при остром состоянии, снимая остроту потусторонности, делают психотерапию возможной. Без лекарств можно перемучиться лишь тогда, когда нет остроты». «От лекарств как-то анатомически легче. Принимаю лекарство и чувствую, что оно анатомически что-то делает. А вынул из шкафа дореволюционный, кожано-добротный том Шекспира и почувствовал духовную поддержку. Хотя и не почитал еще, а уже стало легче». «Лекарство, правда, порою стирает границу, до которой боялся смерти».

14. Примерно две трети наших пациентов до ТТС пьянствовали (в том числе и с запоями, похмельным абстинентным синдромом), смягчая таким образом свои тягостные переживания. В ТТС пьянство стало «несовместимым с целеб-

но-творческой жизнью», «перестал загрязнять себя вином» и т. п. Отпали вне острой психотики и суицидальные переживания.

15. В трех случаях пациенты в течение нескольких лет уже до первого отчетливого шуба были подготовлены Терапией творческим самовыражением к существенной самопомощи в подостром состоянии («помогало то, что в себя прежде взял»).

В ТТС шубообразные шизоаффективные пациенты способны обретать приемы целебно-творческой борьбы с болезнью даже тогда, когда болезнь неуклонно, злокачественно углубляется, и эти приемы дают им хотя бы на короткое время духовное облегчение-оживление, по возможности расцвечивая, просветляя качество человеческой жизни.

5.11. Об особых, глубинно-личностных ремиссиях у дефензивно-шизотипических (эндогенно-процессуальных неврозоподобных) пациентов в Терапии творческим самовыражением (ТТС) (2000) [123)]

Это — пациенты с хроническим субдепрессивно-неврозоподобным страданием, переживанием своей неполноценности, несамособойности вплоть до мучительных деперсонализационных расстройств и суицидальных попыток. Известно, что современное лекарственное лечение серьезно здесь не помогает (Авруцкий, Недува, 1988, с. 215; Смулевич, 1988, с. 192; Kaplan, Sadock, Grebb, 1994, p. 737).

В течение последних 32-х лет в процессе все совершенствующейся ТТС клинико-психотерапевтически исследовано 303 таких пациентов (мужчин — 131, женщин — 172; возраст — от 17 до 68).

Средняя и высокая степень терапевтической эффективности отмечены при долгосрочной ТТС (2−5 лет) в 80,1% случаев и при краткосрочной (3−4 мес.) — в 67,3%. Необычность, особенность настоящих ремиссий коротко уже пояснялась в монографии автора (Терапия творческим самовыражением. М.: Медицина, 1989) как «глубинное, достаточно стойкое улучшение состояния, несущее в себе новую, психотерапевтически воспитанную возможность сопротивляться трудностям жизни». Это происходит сквозь все продолжающиеся обострения состояния, теперь уже более приглушенные и короткие. Шизофрении меньше не становится, но патология как бы «растворяется» в творческом самовыражении, в новом нравственно-просветленном отношении к жизни (с. 57). Сегодня, еще через 11 лет работы,

следует уточнить, что пациенты в ТТС становятся как бы немного психиатрами, психотерапевтами и для себя, и для других. Глубже понимая теперь свою особенность, патологию, неотделимую от творческих способностей-особенностей, духовно обогащаясь, пациенты находят в жизни свою более или менее светлую нишу, свой светлый смысл жизни в творчестве, ради чего стоит жить сквозь болезнь. Это можно сравнить с положением Д.Е. Мелехова (1997, с. 60) о том, что душевнобольной может быть духовно здоров и это его в известной мере охраняет от страданий. Но ТТС не религиозная терапия, и пациенты, указанные здесь, как и подобные пациенты С.В. Некрасовой (1999), разработавшей для таких пациентов краткосрочный вариант ТТС и получившей подобные «экзистенциальные ремиссии», в большинстве своем не были верующими.

Лечебные группы творческого самовыражения и психотерапевтический театр (как частица ТТС) помогают, кроме всего прочего, «поселиться» в духовном оазисе близких, созвучных тебе людей и занятий, исповедуя целебно-творческую философию жизни со стремлением к общественной пользе прежде всего в том, что пациенты становятся психотерапевтами для своих товарищей, которым еще тяжелее. С помощью разнообразных выработанных приемов творческого самовыражения пациенты способны смягчать свою депрессивную напряженность, вдохновляясь в творчестве, но если отходят от творческого стиля жизни, состояние может серьезно ухудшаться, хотя так плохо, как до ТТС, уже не будет. Улучшение здесь практически необратимо, как и полученное в ТТС, хотя и в элементах, естественнонаучное психиатрически-психотерапевтическое образование. Настоящее, может быть, поможет понять такой жизненный пример: дефензивно-субдепрессивный ботаник, как бы ни был творчески увлечен своими занятиями, несравненно беспомощнее психиатра-психотерапевта с подобным патологическим расстройством, осмысленно-научно, вдохновенно-творчески самовыражающегося в своей целебной и для него самого профессии.

5.12. О семейной терапии творческим самовыражением (ТТС) (2000) [127)]

Стать собою в процессе ТТС — это значит чувствовать-осознавать себя не только человеком с творческими ценностями известной природной структуры — психастеническими, шизоидными, шизофреническими и т. д., человеком

определенной профессии, но и человеком определенного пола, человеком с какими-то своими мужскими или женскими особенностями, в том числе и особенностями своей сексуальности.

ТТС, как известно, служит, прежде всего, дефензивным пациентам: с тягостным, часто аналитическим, толстовски-чеховским переживанием своей неполноценности, с болезненной стыдливостью (в т. ч. в области интимных отношений). ТТС способна помочь таким пациентам, благодаря изучению хронических душевных расстройств, характеров, построить более или менее стойкую семью, любовный союз, или прочувствовать-осознать радость, смысл в уже сложившихся интимных отношениях.

Здесь сосредоточимся лишь на одном практически важном моменте — как подспудно, без каких-то прямых советов, по возможности, помочь создать семью в случаях довольно тяжелых дефензивных, психологически сложных шизофренических расстройств. Многолетние наблюдения в жизни и в психотерапевтической клинике, амбулатории убеждают меня в том, что более или менее прочная семья или просто любовный союз с таким тяжелым (нередко шубообразным) пациентом стихийно складывается чаще тогда, когда жена страдает более мягкими (но тоже дефензивными) расстройствами: шизотипическое расстройство (неврозоподобная шизофрения), шизоидное, зависимое (астеники), истерическое расстройства личности. При этом нередко женщина, преклоняясь перед необычным для нее творчеством мужа, вообще его непохожестью на других, способна духовно-самоотверженно служить ему — на основе известного истинного или кажущегося ей созвучия с его поступками, взглядами, мироощущением или просто зачарованная всем этим, убежденная в его незаурядности, даже гениальности. Увлеченная работа мужа с книгами дома и в библиотеке (например, изучение-конспектирование сложных работ по физиологии и медицине, даже без биологической, медицинской профессиональной подготовки) или его научное, художественное творчество могут быть непродуктивными в принятом у нас понимании. Собственными творческими способностями женщина готова тут с радостью пожертвовать во имя того, чтобы всячески способствовать творчеству мужа, стать «частицей его гениальности». Именно это, а не чувственная часть любви становится здесь главнейшим, решающим для прочности союза. У многих из подобных пар сексуальная чувственность вообще жухла, вяла, и даже постель служит нередко лишь одухотворенным искусствоведческим, философским диалогам, концептуальным надеждам

и мечтам. Но и в тех случаях, где сексуальная чувственность у одного остро напряжена (а другого интимная жизнь лишь утомляет), воспаленное влечение обычно «сбрасывается» онанистическим актом, дабы успокоиться для главного, духовного. Если и случаются здесь «телесные измены» друг другу, это обычно воспринимается как нечто механически-несерьезное, не способное затуманить постоянное духовное, творческое, целебное взаимодействие.

Тут есть и свои особенности в семейных, любовных переживаниях женщин с различными расстройствами. Зависимые (астенички), некоторые духовно-реалистические шизотипические женщины служат своим душевнобольным мужьям, возлюбленным как талантливым, гениальным (в их представлении) конкретным людям, ощущая, таким образом, свою серьезную полезность, участие в духовной жизни общества, в истории мировой культуры. Аутистические (шизоидные и многие шизотипические) женщины осознают или полуосознают, что служат таким образом в конечном счете Богу, Гармонии, Красоте — через помощь «инструменту», «мастеру» этой Гармонии в лице своего мужа, любимого мужчины. Охваченная чувством самоотверженного духовного подвига служения Человечеству, Богу, такая женщина готова терпеть во имя этого все материальные трудности и даже грязное пьянство «великого, непризнанного», побои от него. «Я рискую жизнью ради его Искусства, — с гордостью сказала недавно такая одухотворенная шизотипически-аутистическая страдалица. — Он четыре раза, пьяный, разбивал мне голову, один раз молотком, а я собрала деньги и сделала ему выставку, был такой успех, знакомые художники там чуть не плакали, они думали, что он уже погиб».

Для дефензивно-истерических пациенток совсем не обязательно считать своего душевнобольного мужа или возлюбленного выдающимся человеком. Даже напротив, для такой женщины часто важно, чтобы это был беспомощно-жалкий, никчемный инвалид или беспощадный тиран, чтобы можно было упиваться своей жертвенностью перед сочувствующими и восхищающимися ею знакомыми и родственниками. Психотерапевтически следует постоянно поддерживать такую «мученицу» похвалами как смиренно-отважно несущую «свой крест». Для зависимых (астеничек) также нередко неважно духовно-творческое величие мужчины: они могут служить ему из одной своей жалостливости, впрочем, получая от этой своей психотерапевтической работы и душевную помощь (помогая тому, кому еще хуже).

Все отмеченные типы любовных союзов лишь изредка встречаются в тех случаях, когда тяжело больна женщина.

Здесь мужчина тоже всегда болен мягче и тоже любит жалостью или преклоняется перед женским талантом, или истерически-демонстративно наслаждается своей жертвенностью.

Прочных, по существу, обоюдно психотерапевтических союзов между двумя тяжело больными душевно людьми встречать, кажется, не приходилось.

В процессе семейной ТТС (Зуйкова Н.Л., 1998) дефензивные пациенты изучают в творчески-клинических беседах, в группах творческого самовыражения и отмеченные в этом сообщении случаи — просто как факты жизни, одухотворенно-целебной взаимопомощи, выясняя свое отношение к ним. Вот, дескать, бывает и такое. Некоторым из «мягких» пациентов, особенно как бы безнадежно одиноким в своей обостренной застенчивости-неполноценности, все это помогает найти спутника жизни (например, «пусть сумасшедшего, но незаурядного, гениального») и в служении ему обрести свой смысл.

5.13. О смягчении шизоаффективных расстройств в процессе Терапии творческим самовыражением (ТТС) (2003) [133)]

40-летний психиатрический опыт убеждает меня в том, что существует немало душевнобольных с неприязненным отношением к психотропным препаратам. Это, прежде всего, шизоаффективные пациенты с депрессивным переживанием своей душевной измененности-неполноценности. Психотропные препараты, приглушая, деперсонализируя или взбудораживая, стимулируя, нередко усугубляют это переживание несамособойности. Порою долгосрочная (2—5 лет) амбулаторная ТТС (Бурно М.Е., 1989—2003) способна существенно здесь помочь. Об этом рассказывает пациент А., 60-лет, инженер, без инвалидности (шизоаффективный психоз депрессивного типа). Болен 40 лет. Много раз в течение первых 23 лет лет болезни стационировался в психиатрические больницы, «отбиваясь» там от лекарств, получая облегчение лишь в общении с «интересными душой» больными. Последние 17 лет лечится в амбулатории кафедры психотерапии РМАПО, наблюдаясь одновременно у участкового психиатра. В психиатрические больницы за это время не поступал, психотропных препаратов не принимает.

«Чувствую, что находит беспредметная (поначалу) тоска-депрессия с вязкостью мысли. Но вот уже ворона за ок-

ном с ветки следит за мной, убыстряет, изменяет ход моих мыслей. Начинаю размышлять (в соответствии с тем, чему научился в ТТС), что вот природа, по Гиппократу, как поистине главный врач, пытается лечить, защищать меня от неопределенной душераздирающей тоски, от аморфных страхов вот таким галлюцинаторно-бредовым образом, т. е. вносит содержание в ужас неопределенности, а с определенностью уже легче. Я должен теперь помочь природе защищать меня совершеннее. Начинаю думать: в самом деле, как возможно было бы вот так выдрессировать ворону или соединить электронику с живой природой вороны. Хорошо бы поставить опыт. Рисую цепи, схемы. То есть перевожу свое состояние из зоны ужаса в зону творческого исследования. Бред кристаллизуется с утонченной сложной четкостью, что помогает мне не растеряться в бреде-хаосе, становится интересно, записываю. Постепенно это психотическое как-то само по себе отходит».

Пациенты подчеркивают, что подобному смягчению, устранению психотических расстройств смогли научиться только в процессе долгосрочной ТТС.



Глава 6

ПСИХОТЕРАПИЯ «СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ» ПО МКБ-10 (АЛКОГОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ)

6.1. О ХАРАКТЕРАХ АЛКОГОЛИКОВ И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ (Из «Докторского доклада», 1998)[115)]

Автором изучены и описаны *характерологические варианты больных алкоголизмом* (в продолжение темы кандидатской диссертации автора «О личностях, особенно предрасположенных к алкоголизму» (1969)). Это, в дополнение к «синтонным алкоголикам» (Kretschmer E., 1924; Жислин, 1927, 1935), — «астенические алкоголики», «эпилептоидные», «ювенильные», «простодушные». Если главное в личностно-психотерапевтическом подходе (с дружеским требованием совершенно трезвой жизни) к «синтонным алкоголикам» — обращение врача к долго не гаснущим здесь теплым чувствам к близким, то главное в работе с «астеническими алкоголиками» — человеческое сочувствие с попытками помочь пациенту трезво утвердиться в жизни «силою своей слабости»; в работе с «эпилептоидными алкоголиками» — помочь, по возможности, общественно полезно реализовать свою авторитарность; в ювенильно-алкогольных случаях — психотерапия «ежовых рукавиц» и «Дамоклова меча». В случаях «простодушного алкогольного варианта» показано сердечное побуждение пациентов к трезвому общению с живой природой, к которой они интуитивно тянутся (грибы, рыбалка). Все это наиболее удобно претворять в жизнь в «антиалкогольных клубах» — отечественных образованиях для амбулаторного праздничного лечения больных алкоголизмом, в которые автор ввел ТТС.

Настоящие исследования (особенно описание «простодушного алкоголика» [один из вариантов органической акцентуации]), а также погружение в ТТС с неалкогольными пациентами, привели автора к изучению необозримого сегодня поля органических психопатий в понимании Г.Е. Сухаревой (1959) и А.Е. Личко (1977), органических акцентуаций, к некоторым здесь собственным клиническим уточнениям, важным для ТТС, для дифференцированной терапии, профилактики алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. Эти уточненные врожденные черты есть: 1) личностная органи-

ческая грубоватость, 2) мозаика огрубленных характерологических радикалов вследствие органического изъяна и 3) склонность к сверхценным образованиям.

Автором также описаны, уточнены *диагностические признаки вялотекущего шизофренического процесса, осложненного алкоголизмом*: отсутствие типичных алкогольных изменений личности (благодушной огрубленности), нередкая здесь не свойственная алкоголикам «философическая тонкость», отсутствие характерного алкогольного оживления в доброжелательном диагностическом разговоре о подробностях выпивки, способность по временам пить спиртное умеренно-здоро́во и, чаще «тихая», импульсивность влечения к спиртному. Описаны варианты вялотекущей шизофрении, осложненной алкоголизмом: психопатоподобный, психастеноподобный и безбредово-ипохондрический. Отмечены целесообразность объединения психастеноподобных шизофренических алкоголиков с астеническими алкоголиками в одних лечебных группах и особенности коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных алкоголизмом (по В.Е. Рожнову) в таких группах, показанность им ТТС.

6.2. Клиника хронического алкоголизма (лекция) (1986) [38)]

Цель настоящей лекции — помочь врачам самых разных специальностей в противоалкогольной лекционной и лечебно-практической работе. Любому врачу важно уметь, во всяком случае, хотя бы заподозрить наличие хронического алкоголизма у какого-либо человека на лечебных приемах, при диспансеризации и просто в общении с людьми в повседневности. Заподозрить хронический алкоголизм — это значит попытаться уговорить человека посоветоваться со специалистом. В случае подтверждения диагностических соображений больному следует лечиться, если не способен сам отказаться от спиртного совершенно и навсегда.

Хронический алкоголизм (алкоголизм как болезнь)* — есть заболевание токсико-органическое, а в случае продол-

---

* Хронический алкоголизм (Alcoholismus chronicus) — самое распространенное, точное и официально принятое у нас название болезни (1986 г. — *М. Б.; прим. 2000 г.*). Оно предложено в середине прошлого века шведским интернистом Магнусом Гуссом (M. Huss).

** Прогредиентный (*prō* — вперед, *gradior* — шагать, *лат.*) — движущийся вперед, нарастающий.

жения употребления спиртного — прогредиентное**. Хотя хронический алкогольный процесс может повреждать все органы и ткани, прежде всего и особенно серьезно, в смысле положения алкоголика в обществе, страдает головной мозг. В начале заболевания может еще не быть заметных клиницисту нарушений печени, сердца, нервных стволов, но алкогольное нравственно-этическое снижение личности, отражающее пока негрубое, но отчетливо диффузное повреждение лобных долей коры головного мозга для опытного глаза всегда заметно. В дальнейшем дело может дойти до тяжелой энцефалопатии, психозов, связанных с накоплением особых метаболических ядов, возможных только в организме алкоголика (металкогольные психозы). Все эти состояния не так редко заканчиваются смертью. Есть также и большое количество случаев вялопротекающего, малопрогредиентного алкоголизма. Эти так называемые «тихие алкоголики» долгие годы пьют вечерами, в выходные дни, тщательно «выхаживаясь» утром перед работой с помощью холодного душа, крепкого чая и т. п., пока, наконец, тяжелый запой не сделает для всех очевидным, печально-несомненным их заболевание. Однако и эти «тихие алкоголики» своим социальным, нравственным снижением приносят семьям и обществу также серьезный, ощутимый вред, ущерб.

Так называемое привычное, «бытовое» пьянство (привычное злоупотребление спиртными напитками) — это еще не болезненное пьянство, а распущенность или род немедицинской, опасной борьбы с продолжительной, серьезной физической или душевной болью (радикулит, депрессия). В таких случаях врачи нередко оказывают пьянице профилактическую медицинскую помощь. Поэтому не только общественность, милиция должны принимать свои меры по отношению ко всякому привычно пьянствующему человеку. Ему, еще неалкоголику, следует предложить профилактическую медицинскую помощь в наркологическом диспансере или поликлинике.

Хронический алкоголизм — заболевание, возникшее в результате пьянства и отличающееся от привычного пьянства отчетливой клинической картиной. Психиатры, наркологи мира дискутируют в том числе и по поводу клиники хронического алкоголизма (как это должно быть для полноценного движения, развития науки). Но сегодня практически все исследователи согласны в том, что если обнаруживается похмельный абстинентный синдром, то хронический алкоголизм наверняка есть.

1. Похмельный абстинентный синдром

Этот синдром классически описан и так назван, к нашей чести, отечественным психиатром Самуилом Григорьевичем Жислиным (1898–1968)*. 23 декабря 1929 г. Жислин выступил на заседании Московского общества невропатологов и психиатров с докладом о похмельном абстинентном синдроме («Клиника похмелья»). В 1931 г. этот доклад был напечатан в Германии (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, в. 136, 1931), в 1934 г. — у нас. Доклад начинается так: «У каждого алкоголика рано или поздно наступает важнейший в алкогольной биографии момент возникновения абстинентных, или похмельных явлений, отличительным признаком которых является то, что они могут быть устранены или смягчены лишь повторным введением известной дозы алкоголя» (Жислин, 1934, с. 5).

Для того чтобы глубже понять, прочувствовать открытие Жислина, важно клинически осмотреться в отношении похмелья не только в медицинском учреждении, но и в жизни. *Похмелье* в широком смысле, в том числе и то тяжелое «смутное похмелье», с которым Пушкин в стихотворении «Элегия» (1830) сравнивает «безумных лет угасшее веселье», есть тягостное болезненное состояние после выпивки накануне, — в отличие от предшествовавшего ему *хмельного* состояния (состояния алкогольного опьянения). Но похмелье напившегося накануне неалкоголика и похмелье алкоголика — качественно разные патологические состояния (синдромы). Похмелье неалкоголика есть состояние отравленности шлаками алкоголя (токсический синдром). Какие симптомы в своем совместном беге, симптомы, родственные по происхождению, составляют этот синдром (токсическое похмелье)? Прежде всего — тошнота, жажда и слабость. В этих симптомах отчетливо видится особенность *токсических* отношений организма с алкоголем, т. е. их защитно-приспособительная сущность, сказывающаяся в том, чтобы выбросить из организма яд, разбавить, нейтрализовать его с помощью воды, нарзана, рассола и вялой, слабой (слабость) клеткой уклониться от острого взаимодействия с ядом, спасаясь таким образом от разрушения. Если напившийся накануне неалкоголик в своем *токсическом похмелье* выпьет немного спиртного (выпить немного спиртного в похмелье означает опохмелиться), то нередко по причине

* См. о Жислине в Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1968, № 2, с. 315–316, а также в словаре В.М. Блейхера (1984, с. 375).

анестезирующего действия алкоголя ему может сделаться несколько легче, как может сделаться легче почти всякому тяжелому соматическому больному (например, раковому больному в кахексии), когда он небольшим количеством спиртного смягчит свои телесные и душевные «раны». Таким образом, выходит, что фраза врача в истории болезни: «пьянствует несколько лет, опохмеляясь» не доказывает хронического алкоголизма. Другое дело, если обнаружено не токсическое, а *абстинентное похмелье*. Тогда и без систематического опохмеления можно быть уверенным в наличии хронического алкоголизма.

Abstinentia (воздержание, *лат.*) — это тягостное состояние, связанное с лишением организма чего-то привычного для него, какого-то вещества, включенного в обмен веществ, это более или менее тягостный голод по данному веществу. В основе превращения привычного пьяницы в алкоголика и лежит преобразование *токсических* отношений организма с алкоголем в *абстинентные*, т. е. организм защищается теперь от алкоголя качественно иначе — включает алкоголь в свой обмен веществ с последующим алкогольным (похмельным) голодом по мере уменьшения в организме алкоголя. Опохмеление снимает этот голод (хотя бы на время), как рукой. В картине абстинентного похмелья, конечно же, остается и токсическая симптоматика, но на первый план, заслоняя собой токсическое, выходят качественно новые абстинентные симптомы. В анамнезе хронических алкоголиков обычно не приходится видеть выраженных и систематических похмельно-токсических страданий. Подавляющее большинство спивающихся людей, отличаясь довольно высокой переносимостью спиртного, поистине страдает лишь от *абстинентного* похмелья. Физиолог А.В. Завьялов отметил, что у 126 из 194 алкоголиков никогда не было рвоты вследствие «врожденной низкой чувствительности рвотного центра к алкоголю» (Завьялов А.В., 1960, с. 1512).

Какие же симптомы составляют *похмельный абстинентный синдром* (в сравнении с *похмельным токсическим* синдромом)?

Вот главные из них, описанные Жислиным.

1. Своеобразные расстройства настроения. Жислин пишет: «Это, с одной стороны, повышенная пугливость больных, внутренняя неуверенность, постоянная настороженность, склонность к реакциям страха и паники и, с другой стороны, наклонность к преходящим неправильным толкованиям действительности главным образом в форме несистематизированных и быстро исчезающих бредовых идей отношения и преследования» (Жислин, 1965, с. 235). Основное отличие похмельно-абстинентного настроения от похмельно-токсиче-

ского — это, думается, душевная напряженность, душевная «взлохмаченность», суета. Напившийся накануне неалкоголик просыпается угрюмым, мрачным в своей отравленности, он малоподвижен, замедлен, подавлен, здесь нет душевной суеты. Алкоголик же в своем абстинентном похмелье напряжен, порой мечется. Формы этой напряженности-суеты зависят прежде всего от личностных свойств. Больной с инертно-прямолинейным мышлением и чувствованием, с известной авторитарностью, склонностью подозревать людей в недобром к нему отношении напряжен подозрительностью к близким, отчитывает их, упрекает, наказывает. Больной с неуверенностью, тревожной мнительностью, совестливостью в характере нередко жестоко ругает в похмелье себя — за пьянство, за то, что пропил какую-то семейную вещь, ползает перед близкими на коленях, умоляет о прощении и т. д. Но в любом случае основа похмельно-абстинентных расстройств настроения — душевная напряженность, суета.

2. Расстройства сна. Напившийся неалкоголик обыкновенно спит как убитый в своей отравленности. Алкоголик нередко мучается поверхностным сном с пугающими необычно живыми сновидениями и вестибулярными расстройствами. Он просыпается еще ночью или ранним утром, когда ощутимо уменьшилось (нейтрализовалось) количество алкоголя в организме и возник похмельный алкогольный голод. Вот он лежит в похмельной напряженности-суете с вытаращенными глазами, беспокойно-ярко вспоминая все плохое, гадкое из своей жизни и знает, что никакое снотворное не поможет ему заснуть. А поможет только глоток, несколько глотков вина из предусмотрительно припрятанной бутылки. Прибавит в кровь спиртного, смягчится и заснет*.

3. Тремор. Этот похмельно-абстинентный вегетативный симптом встречается не всегда, но нередко бывает так сильно выражен, что дрожащий больной не может напиться воды из чашки, все расплескивается у него. Один мой пациент рассказывал, что не в состоянии из-за «трясучки» «по-нормальному» напиться утром чая, в отчаянии сунул руки за спину, нагнулся и «напился, как кот».

---

* Расстройства сна у алкоголиков еще до Жислина описывал А.Л. Эпштейн (1928) и даже отмечал, что больные «стараются с помощью новых порций алкоголя улучшить свой сон», устранить бессонницу, «кошмары, часто типичного зоопсихического или параноидного характера» (с. 419), но Эпштейн никогда не соглашался с тем, что эти расстройства абстинентной природы, обозначал их как «агрипнический синдром» при алкоголизме (Эпштейн, 1934, с. 19).

Это — основные, доминирующие, классические, жислиновские похмельные абстинентные симптомы. Жислин (1965) отмечает, что картина абстинентного похмелья может быть разнообразной, наполненной многими дополнительными похмельно-абстинентными симптомами в зависимости от различных индивидуальных особенностей больного, предрасположенности к различным расстройствам, проявляющимся в похмелье (слуховые галлюцинации, усиление параноидной окраски, навязчивые явления, заикание, тики, судорожные припадки) (с. 239). Недавно мы наблюдали у двадцатилетнего алкоголика похмельно-абстинентные спазмы коронарных сосудов, возникающие лишь в похмелье и отчетливо снимающиеся опохмелением, и терапевт отвергал в данном случае органическую сердечно-сосудистую патологию. Выделяют различные формы похмельного абстинентного синдрома в зависимости от того, какие расстройства преобладают (Иванец, Игонин, 1983, с. 96—97).

Жислин (1965) подчеркивает, что похмельный абстинентный синдром привносит в возникшее часто уже раньше влечение к спиртному особый, *витальный* характер, чем делает его истинно болезненным (с. 258). Отныне человек пьет спиртное для того, чтобы «поправиться», смягчить, удалить тягостные абстинентные расстройства, которые могут возникать и спонтанно на фоне долгой трезвой жизни. Я.К. Авербах (1963), описавший у нас эти спонтанные абстинентные расстройства, побуждающие к рецидиву болезни, обозначил их как «повторные абстиненции при алкоголизме» и предположил, что они соответствуют «сухому опьянению» (Dry Drink) американских авторов (с. 102—103). Похмельные абстинентные механизмы навсегда остаются в организме больного алкоголизмом, обнаруживаясь даже через десятки лет полной трезвости. Довольно выпить немного спиртного — и они дают себя знать, прежде всего обострением болезненного влечения к алкоголю. Даже длительно трезво живущий алкоголик испытывает временами тлеющее или «пробудившееся» (особенно в обстановке алкогольного застолья) «сухое» похмельно-абстинентное влечение к спиртному, обнаруживающее себя чаще в окружении, в букете различных расстройств настроения, побуждающих к выпивке. Похмельный абстинентный синдром в своем чистом, «мокром» виде продолжается, по мнению Жислина, от одного дня до нескольких недель (Жислин, 1965, с. 236).

Все это, думается, убедительно доказывает положение Жислина о том, что похмельный абстинентный синдром и

есть важнейший специфический генерализованный перелом в организме пьянствующего человека, позволяющий поставить диагноз хронического алкоголизма.

К сожалению, как бывает, западные исследователи не обратили внимания на работы российского врача Жислина о похмелье алкоголика. Похмельные абстинентные расстройства с насущным вниманием описываются на Западе, особенно начиная с 50-х годов, но без того клинического проникновения, которым напоены скромные и краткие работы Жислина (Висс, 1967; Эдвардс, Гросс, Келлер, Мозер, Рум, 1978). Н. Г. Шумский (1963) напоминает о вышеуказанной работе Жислина, напечатанной в германском журнале в 1931 г., в связи с тем, что в солидном западном руководстве сказано: «Абстинентный синдром был впервые описан в 1953 году M. Victor и R. Adams» (с. 263).

Приведу отрывок из клинического описания Жислиным (1934) выраженного абстинентного похмелья, в котором видятся наметки возможного в будущем алкогольного психоза. «Неожиданный стук заставляет его (больного — *М. Б.*) испуганно вскочить, он все время боится, что случится что-то ужасное. О нем дурно говорят, по его лицу все видят, что он пьяница, даже в трамвае незнакомые люди подозрительно поглядывают на него. В то же время он чувствует себя морально разбитым, виноватым, беспомощным, «последним» человеком; он боится всего, он никому и ничему не может оказать сопротивления. (...) Угнетенное настроение, беспокойство, страх, настороженность и постоянная мысль, что "его имеют в виду", остаются, несмотря на резкую отвлекаемость» (с. 7).

Врачу важно увидеть похмельно-абстинентный перелом в отношениях человека со спиртными напитками как можно раньше, когда все это еще без бросающейся в глаза выраженности. Для этого важно помнить следующее.

1. Поначалу яркие похмельно-абстинентные проявления выступают нередко только после большой выпивки, а после одного-двух стаканов вина еще не заметны. Так вот, довольно один раз увидеть после обильной выпивки похмельные абстинентные расстройства, чтобы сказать: этот человек — алкоголик.

2. Как отмечает Жислин (1965), «при многократных в течение суток (в том числе и вечером) приемах алкоголя, хотя бы небольшими дозами, но при общих значительных количествах, похмельный синдром выражен обычно слабее» (с. 252).

3. Довольно часто похмельный абстинентный синдром (об этом также говорит Жислин (1965, с. 252) может быть сдвинут во времени, отставлен и одновременно ослаблен. Многие

больные алкоголизмом утром (после выпивки накануне) не испытывают истинного абстинентного похмелья, а лишь известную угрюмость. Идут на работу и поначалу сносно работают, а к середине дня, их же словами, «включается в душе звоночек»: появляются напряженность, беспокойство, всякие неприятные ощущения в теле, легкий тремор и желание «поправиться», например, пивом, мысли, как бы это сделать. Случается, что такого рода отставленное ослабленное похмелье возникает и к вечеру. Жена алкоголика часто прекрасно понимает, откуда у него к вечеру эти сердитая раздражительность, недовольство всем в доме, потребность ругать детей за четверки (при том, что вчера не ругал за двойки). Наблюдательная, опытная женщина, она все понимает, когда, по телефону приглашенный соседом на день рожденья (там можно выпить), он смотрит на нее вдруг разгоревшимся жалобно умоляющим взглядом.

4. Нередко встречается продолжительное (1—3 недели) ослабленное «тихое» похмелье. Например, спивающийся врач, еще способный кое-как профессионально-критически видеть свое сползание в алкоголизм, старается держать себя в руках: разрешает себе для смягчения напряженности выпить бутылку-две пива в конце рабочей недели, потом выхаживается и всю следующую неделю терпит в похмельно-абстинентном раздражении, в мрачной душевной «взлохмаченности», ждет пятницу или субботу, когда снова «воспрянет» из похмелья. Уже накануне очередного опохмеления состояние его психогенно улучшается, он делается добрее, веселее к радости и тревоге близких. Он, понятно, уже болен. Его профессиональная работа в указанном продолжительном похмелье не может быть уже такой продуктивной, как прежде. Отпускное время, в которое он разрешает себе расслабиться, становится для него нередко роковым, способствуя первому в жизни запою.

5. Почему-то многие врачи думают, что если человек не опохмеляется, то он не алкоголик. Во-первых, как мы видели, опохмеляться возможно и просто в пьянстве, не будучи еще алкоголиком. Во-вторых, настоящий хронический алкоголик может (пытаясь держать себя в руках, подавляя стремление к опохмелению) подолгу не опохмеляться, особенно если способен приводить себя в сносный порядок утром перед работой крепким чаем, кофе, ледяным душем и т. п., т. е., как замечает на этот счет Жислин (1965), больной добровольно подавляет влечение к опохмелению вследствие различных причин (например, учитывая требования трудовой дисциплины) (с. 252).

6. Наконец, опохмеляясь пивом, алкоголик нередко и не считает, что опохмеляется, так как «пиво готовят на заводе

безалкогольных напитков», «там же почти нет градусов, столько же, сколько в квасе» и т. п.

Учение Жислина о похмельном абстинентном синдроме вошло в золотой фонд нашей клинической психиатрии. Практически все отечественные авторы считают похмельно-абстинентный синдром надежным критерием хронического алкоголизма. Однако некоторые видные наши исследователи алкоголизма (А.А. Портнов и И.Н. Пятницкая, 1971; И.В. Стрельчук, 1973; Н.Н. Иванец и А.Л. Игонин, 1983) полагают, как и многие западные авторы, что хронический алкоголизм начинается не с похмельно-абстинентных расстройств, а прежде всего *с первичного влечения к алкоголю (соответствующего психологической потребности в алкоголе западных авторов)** и *потери контроля***, не имеющих отношения к похмельным абстинентным механизмам. Так, Иванец и Игонин (1983) выделяют: 1) влечение первичное, не связанное ни с опьянением, ни с абстиненцией (соответствует психической зависимости от алкоголя); 2) влечение вторичное, подразделяющееся на: а) утрату количественного контроля и б) стремление к опохмелению (соответствует физической зависимости от алкоголя) (с. 79). Тем не менее трудно клинически понять и прочувствовать существо этого первичного (психологического) влечения к спиртному как *доабстинентного* влечения. Патологическое влечение к алкоголю, как и физиологическое влечение к воде, к пище представляется всегда цельным, психофизически-абстинентным в широком смысле (всем своим душевно-телесным существом человек тянется к тем веществам, включенным в обмен, которых в организме стало меньше)***. Иванец и Игонин (1983) справедливо предупреждают о нецелесообразности абсолютизации первичного и вторичного вариантов влечения, замечают в частности, что «трудно разграничить первичное патологическое влечение к алкоголю и “отставленное” опохмеление при постоянной форме злоупотребления спиртными напитками без выраженной утраты контроля» (с. 78). Отмечу, что смолоду воспитанный на клинических работах Жислина, за свою врачебную жизнь исследовал около 2,5 тысяч больных хроническим алкоголизмом и ни в одном случае не обнаружил *чисто психологи-*

---

* Похмельному абстинентному синдрому на Западе соответствует понятие *физической потребности в алкоголе*, включающей в себя вторичное влечение.

** О ней речь впереди.

*** Если только это влечение не центрального («мозгового») происхождения, как, например, при дипсомании, о чем речь впереди.

ческого, первичного патологического влечения к спиртному вне похмельно-абстинентных расстройств — пусть мягких, но достаточно отчетливых. В последней своей книге Жислин (1965), думается, убедительно, проникновенно, классически кратко показывает клиническую несостоятельность так называемых «доабстинентных» симптомов алкоголизма. «Все эти предложения, — пишет он, — скорее отбрасывают нас назад» (с. 253). Заведующий нашей кафедрой профессор В.Е. Рожнов (1971) так же подчеркивает в принятом на кафедре определении хронического алкоголизма, что алкоголик невозможен без похмельного абстинентного синдрома. (с. 41).

Что сегодня думают по этому поводу на Западе? Если эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Женеве в 1955 г. соглашались с тем, что страстное, непреодолимое (т. е. истинно болезненное) влечение к алкоголю («craving for alcohol») может быть связано: 1) с психологической потребностью и 2) с физической необходимостью (Жислин, 1965, с. 250–251), то исследовательская группа ВОЗ, работавшая летом 1975 г., утвердила понятие «синдром алкогольной зависимости» (Syndrome of Alcohol-dependence), который иногда называют «алкоголизмом», или более точно «алкогольной наркоманией» (Эдвардс, Гросс, Келлер, Мозер, Рум, 1978, с. 9). Диагностика указанного синдрома базируется «на тщательной оценке признаков: (а) изменения поведения, (б) изменения субъективного состояния и (в) изменения психобиологического состояния больного» (с. 13). В детальном описании синдрома ясно значится: «Лишение больного алкоголя может сопровождаться появлением у него самых разнообразных признаков и симптомов — от относительно тривиальных до представляющих угрозу для жизни. Очередность их появления и особенности проявления весьма многообразны: так, у одного они могут сопровождаться проливными потами по утрам при полном отсутствии тремора, в то время как у другого может превалировать выраженный тремор при отсутствии потливости. Важно помнить, что каждый элемент состояния воздержания может широко варьировать как по частоте, так и по интенсивности проявления» (с. 16). И далее: «Важным подтверждением того, что субъект испытывал симптомы воздержания, является его сообщение о том, что такие симптомы ослаблялись при последующем пьянстве. В типичных случаях последнее принимает форму “утреннего пьянства”, так как симптомы воздержания появляются после ночной абстиненции. Полная картина развертывается перед нами в тех случаях, когда больной заявляет, что (а) он пьет преднамеренно с целью облегчить симптомы

воздержания и (б) что такое пьянство эффективно и наверняка приводит к облегчению этих симптомов через 30–60 мин после приема дозы алкоголя (например, 50 мл чистого спирта), которая определена им самим "опытным" путем и является вполне достаточной» (с. 16).

Таким образом, в сущности, сегодняшний ВОЗовский *синдром алкогольной зависимости*, которым открывается, начинается алкоголизм как болезнь (хронический алкоголизм), — это известный отечественным психиатрам уже более полувека похмельный абстинентный синдром Жислина. В чем причина этого казуса? В невнимании западных специалистов к нашим психиатрическим работам.

2. Истинные запои

Запой — это непрекращающееся пьянство в течение нескольких дней. В этом широком смысле запой может быть и у неалкоголика (псевдозапой). Поэтому для точности принято называть запои, возникшие на базе хронического алкоголизма, *истинными запоями*.

Не случайно, что именно П.Г. Земель (1934), ассистент профессора Жислина в Воронеже, впервые клинически убедительно объяснил механизм перехода у алкоголиков беспорядочного пьянства в запойное усугублением похмельного абстинентного синдрома. Когда похмелье больного разворачивается, углубляется таким образом, что опохмеление смягчает похмелье лишь на минуты и приходится постоянно опохмеляться от нескольких дней до нескольких месяцев, то это и есть истинный запой.

Критерии истинного запоя:

1. Клиническая картина запоя — выраженное абстинентное похмелье, неугасимое прежним «обычным» опохмелением. Алкоголик в запое абстинентно-суетливо трясется в отличие от дипсомана — больного с запоями неабстинентного происхождения, а вследствие какой-либо патологии прежде всего тех отделов мозга, которые являются седалищем влечений (вследствие травмы головы, опухоли мозга, шизофрении, эпилепсии и т. д.)*.

---

* Как правило, это патологическое центральное влечение к спиртному дипсомана окружено расстройствами других влечений, а также эндокринными, массивно-вегетативными нарушениями — вследствие анатомической близости соответствующих мозговых центров (булимия, нарушения сексуального влечения, тягостные сердцебиения, диэнцефальное ожирение и т. д.).

2. Алкогольная анорексия. Хотя это отсутствие аппетита также в основном похмельно-абстинентного происхождения (алкоголик, как известно, не ест с похмелья), но оно здесь настолько ярко, постоянно, что заслуживает быть отдельным критерием. Что съест обычно алкоголик за сутки запоя? Хорошо еще если «бутерброд с килькой», но чаще конфетку или просто понюхает рукав. И притом даже за недели запоя нередко заметно не худеет, благодаря энергетическим свойствам алкоголя.

3. Истинный запой алкоголика (в отличие от псевдозапоя) заканчивается сам по себе, спонтанно, внутренними механизмами, хотя вино еще есть. Заканчивается обычно картиной тяжелого отравления, даже с токсической сыпью. Нередко истинный запой и начинается спонтанно — с каких-либо предвестников (чаще — особых расстройств настроения с предчувствием запоя).

Жислин (1965) подчеркивает, что возникновению истинных запоев (запойных приступов) способствуют, «по данным П.Г. Земеля, расстройства настроения, безразлично, обусловлены ли они психогенно или возникают без видимого повода. Эти расстройства настроения до появления у алкоголика похмельных явлений обычно не служили поводом для запойного приступа или даже для мало-мальски выраженного затяжного эксцесса, и только с возникновением этого нового мощного фактора эти изменения в настроении, в аффективном фоне ведут к настоящим запойным приступам» (с. 266).

3. Симптом потери контроля (потеря контроля)

Этот симптом обнаружил американский биометрист* Элвин Мортон Джеллинек** (E.M. Jellinek, 1890–1963) в заботе о своих товарищах, спивавшихся в тропической жаре. Джеллинек (1960) живо описывает, как его товарищ-алкоголик обычно телефонировал ему из таверны или бара, что он там «сорвался» («slipped»), не в состоянии остановиться и нуждается в том, чтобы Джеллинек увез его оттуда (p. 145). По Джеллинеку (1960) *потеря контроля* («Потеря контроля во время выпивки» — «Loss of Control on drinking») — это не просто «бесконтрольное пьянство» («uncontrolled drinking»), а тот момент, «та стадия в личной истории развития пьянст-

* Биометрия — совокупность приемов планирования и обработки данных биологического исследования методами математической статистки.
** См. о Джеллинеке в биографическом справочнике «Кто есть кто в мировой науке» (World Who's Who in Science, Chicago, 1968, p. 878).

ва, когда проглатывание какого-то сравнительно небольшого количества алкоголя обеспечивает, открывает цепную реакцию». Больной намеревался выпить только одну или две рюмки, но не может остановиться после этой дозы, напивается, не в силах контролировать себя и даже часто с отвращением к спиртному, против желания. Автор отмечает, что много лет назад европейские врачи (Форель, Влассак, Блейлер) уже описывали это расстройство, обозначая термином «невозможность остановиться» («das Nichtaufhörenkönner»). Здесь уместно вспомнить, что еще раньше указанных европейских классиков С.С. Корсаков (1901) описывал это же расстройство: «...вследствие многократного охмеления развивается своеобразная неустойчивость, проявляющаяся в том, что человек теряет меру в количестве спиртных напитков: начнет он пить с целью быть только слегка навеселе, но уже небольшое количество водки вызывает в нем уменьшение волевых задержек, почти импульсивное побуждение к употреблению спиртных напитков в большом количестве...» (с. 1077). Джеллинек, детально описывая настоящий симптом, предлагает считать его началом алкоголизма как болезни, «критерием “истинного алкоголизма”», ссылаясь на свою первую работу об этом (Bowman and Jellinek, 1942) (p. 41).

Таким образом, *симптом потери контроля* в истинном, классическом его понимании есть расторможение «ударной», критической дозой алкоголя* более или менее дремлющего патологического влечения алкоголика к спиртному. Расторможение, оживление настолько сильное, что он уже не способен себя контролировать и напивается несмотря ни на что. Даже если для этого нужно поехать в такси в соседний город к приятелю, у которого мажет быть вино; если нужно просить бутылку у соседа по лестничной площадке, с которым незнаком; пить спирт из-под анатомических препаратов и т. д. Поначалу, однако, мы видим обычно лишь «нервничание» человека, «растревоженного» малыми дозами алкоголя, с желанием, например, удалиться куда-нибудь от «маломощного» стола, чтобы где-нибудь «глотнуть» как следует водки. Эта слабая форма *потери контроля* (*симптома Джеллинека*, как принято называть на Западе) есть еще преодолимое по обстоятельствам усиление каким-то небольшим количеством алкоголя влечения к спиртному, факт неприятной, хмуро-капризной напряженности с тягой к спиртному, обозначенный в народе метким словом «недопил». Многие «опытные» алкоголики знают свою критическую дозу в

* Она чаще равна нескольким рюмкам крепкого спиртного напитка.

этом отношении и стараются до поры до времени не «добираться» до нее, дабы не сорваться в запой. Конечно, и от рюмки вина тягостно (и рюмкой оживляется работа похмельно-абстинентных механизмов), но тут еще возможно бывает «выходиться» без тяжелого эксцесса, запоя.

Какое отношение имеет *симптом потери контроля* к похмельно-абстинентным механизмам? Для Джеллинека, для многих наших авторов — как будто бы никакого. Жислин же (1965) полагает, что многое в реализации «потери контроля» зависит от «индивидуальных, в том числе психопатических и неизвестных нам биологических особенностей», но «основное связано здесь (...) с теми качественными сдвигами, которые приносит с собой развитие похмельного синдрома» (с. 258). В самом деле, оживление, расторможение «ударной» дозой дремлющего патологического влечения к спиртному у алкоголика (влечения похмельно-абстинентного по своей сути, механизмам) — разве это возможно без возникновения в организме человека качественно нового похмельно-абстинентного «стиля жизни». Да и сам Джеллинек (1960) описывает картину запоя вследствие потери контроля яркими «похмельно-абстинентными» красками. Тут «тремор пальцев и губ, легкое подергивание, некоторое моторное беспокойство и иногда иллюзии (но не галлюцинации)». Все это быстро облегчается алкоголем, но «облегчение недолгое, симптомы возвращаются, и пьяница снова обращается за помощью к алкоголю». *Потеря контроля* говорит уже о том, что манифестирует, развился джеллинековский g-алкоголизм, т. е. алкоголизм с выраженной абстиненцией (физической зависимостью) (p. 145).

Профессор Джеллинек долгие годы был ведущим консультантом ВОЗ по вопросам алкоголизма. Конечно, печально, что он не читал Жислина, не изучал нашу клиническую психиатрию.

4. Повышение толерантности

Толерантность к спиртному (лат. *tolerantia* — терпение, переносимость, устойчивость) измеряется не тем количеством алкоголя, которое может вообще выпить данный человек, а тем количеством спиртного, которое приводит его в состояние заметного, отчетливого опьянения. Так, например, иной деградированный алкоголик может выпить за короткое время более литра водки, но толерантность его низка, так как он выраженно хмелеет уже от одного-двух глотков.

Диагностическое значение повышения толерантности особенно подчеркивают E.M. Jellinek (1960), А.А. Портнов и И.Н. Пятницкая (1971).

Толерантность к спиртному зависит, однако, от различных факторов:

1) от количества и качества закуски: натощак толерантность обычно ниже;

2) от известной «тренировки» в выпивке: у систематически употребляющего алкоголь человека (но не алкоголика еще) толерантность может стойко подняться и заметно снизиться после сравнительно долгой трезвости;

3) от возраста: в зрелом возрасте толерантность обычно выше, чем у того же человека в юности;

4) от степени душевного напряжения: чем выше напряжение, тем выше обычно и толерантность (пришлось однажды видеть, как женщина, потерявшая ребенка, выпила «с горя» среди сочувствующих ей подруг литр водки и не могла опьянеть, забыться, тогда как опьяневшие подруги уже спали вокруг нее).

В связи с этим просто поднявшуюся с некоторых пор толерантность к спиртному вряд ли можно считать специфическим симптомом хронического алкоголизма, достаточным для постановки диагноза. У алкоголика, несомненно, в начале и в расцвете болезни толерантность стойко повышена, а в исходе, когда имеются уже серьезные моменты алкогольной энцефалопатии, — падает* (интолерантность). Но *повышение толерантности* как симптом хронического алкоголизма — это *особым образом повышенная толерантность.* Что это значит?

Повышение толерантности к спиртному только тогда можно считать патологическим симптомом, когда оно проникнуто психологически непонятным, т. е. болезненным (а не просто «бравадным») стремлением захмелеть, т. е. проникнуто патологическим влечением к спиртному, растревоженным небольшими дозами. И весьма должно настораживать в плане хронического алкоголизма возникновение неприязненного отношения человека к слабому вину, этому раздражающему его теперь «компоту, который нужно хлебать кружками, чтоб повеселеть, забалдеть». *Симптом повышения толерантности*, видимо, обусловлен в том числе и «тлеющими» уже в организме абстинентными механизмами. Организм алкоголика, включивший алкоголь в свой обмен веществ, должен прежде насытиться определенным количеством алкоголя, чтобы «поправиться», а «поправившись», уже можно и захмелеть. Многие алкоголики даже говорят,

* Как и у больного с органическим поражением мозга иной, неалкогольной природы. Так, обычно легче хмелеет человек после перенесенной травмы головы.

что им в похмелье нужно выпить сколько-то водки, чтобы, «захмелев, протрезветь», а потом уже выпить для настоящего охмеления. Портнов и Пятницкая (1971) отмечают по этому поводу, ссылаясь и на заграничных авторов: «Главное отличие патологической (наркоманической) толерантности от физиологической в том, что интоксикация в первом случае улучшает функциональное состояние больного, в то время как для здорового опьянения всегда ведет к дисфункциям» (с. 44).

Таким образом, выходит, что и *повышение толерантности* (как симптом хронического алкоголизма) также тесно связано с переходом организма на похмельно-абстинентный стиль жизни.

5. Изменение картины опьянения

Это важное проявление хронического алкоголизма описывали А.Н. Молохов и Ю.Е. Рахальский (1959), А.А. Портнов и И.Н. Пятницкая (1971). Рано или поздно картина опьянения алкоголика меняется (чаще в агрессивную сторону) и тем скорее, чем злокачественнее течет алкоголизм. Если, например, еще не так давно алкоголик приходил домой, хоть и пьяный, но довольно тихий и послушно шел спать, когда жена толкала его кулаком в спину, то теперь он напряжен, зол, подозрителен, агрессивен в опьянении, не спит ночью, колобродит, гоняет по дому близких, хватается за нож, топор. Это расстройство имеет диагностическую ценность, понятно, только в динамике, когда известно, что прежде опьянение было другим, обычным, а теперь человек в опьянении совершенно не похож на себя трезвого. Важно отметить, что некоторые люди, не будучи алкоголиками, также совершенно не похожи в опьянении на себя трезвых (возбуждены, пристают ко всем, ревнуют жен, бьют в ресторанах зеркала и т. д.), но это было у них всегда по причине каких-то конституционально-психопатических или церебрально-органических особенностей. *Изменение картины опьянения* как проявление хронического алкоголизма имеет в себе особенный «привкус». Больной в измененном опьянении обычно в сгущенном, усиленном виде выказывает свое алкогольное личностное снижение, как грубую алкогольную деградацию, разнузданное алкогольное поведение, чего в трезвом виде еще нет. Все это говорит наглядно о том, что в процессе течения алкоголизма совершились серьезные, прежде всего мозговые, повреждения и налицо измененная реакция на алкоголь, как это обнаруживается и при мозговых повреждениях другого генеза (например, измененное опьянение после травмы головы, перенесенного энцефалита

и т. п.). Вот так бывает в жизни, не думаешь о человеке, что он алкоголик, а случайно увидишь его в опьянении и возникает серьезное клиническое подозрение. Особенно печально, трагично видеть это расстройство в самом начале болезни в случаях галопирующего, злокачественно текущего алкоголизма у девушек. В этом новом опьянении девушки проглядывает жуть возможной алкогольной деградации будущего. Неожиданно для знавших девушку раньше, еще в обычном опьянении, здесь в этом уже измененном опьянении звучат карикатурная, не свойственная ей грубость, вульгарная бестактность, цинические жесты и алкогольные ужимки — как эскиз, набросок будущего личностного снижения. Все это нередко контрастирует с вяловатостью, эмоциональной тусклостью, погасшим лицом в трезвости.

6. Нарушения памяти при хроническом алкоголизме

Алкогольные амнезии (выпадения памяти на время опьянения, начиная с какого-то момента и пока вовсе не уйдет сознание в токсическом сне) могут быть и у неалкоголиков. Так, случается, что человек, даже изредка пьющий спиртное, проснувшись после основательной выпивки, не может вспомнить, что было с ним после его, например, пятого «стаканчика», что происходило там, в гостях, как добрался домой и он ли так аккуратно развесил на стуле свой костюм. После этого пятого «стаканчика» человек вошел в такое серьезное состояние алкогольной оглушенности*, в котором не мог уже запоминать, что происходит с ним и вокруг, но способен был еще «механически» разговаривать, петь и автоматически («на автопилоте») добраться домой, сев в нужный троллейбус.

О наличии именно хронического алкоголизма (притом с уже серьезными энцефалопатическими расстройствами) убедительно говорит иная патология памяти — *алкогольные палимпсесты Бонгеффера*. Германский психиатр Карл Бонгеффер (1868–1948) в своей книге «Алкогольные психические расстройства» (1906) описал изменение памяти на время опьянения, при котором события, происходившие во время опьянения, выпадают достаточно четкими фрагментами. Один мой пациент назвал такое лакунарное расстройство своей памяти — «рваный кинофильм». Бонгеффер предло-

* В сущности, всякое алкогольное опьянение есть более или менее выраженное состояние оглушенности — состояние, в котором захмелевший замедленно воспринимает и обдумывает мир и себя. Даже в легком опьянении (вследствие легкой оглушенности) человек «проглядит», как уже ушли из компании его близкие, как вымазал костюм салатом и т. д.

жил название «палимпсест». Палимпсест (от греч. *palin* — снова и *psaiō* — скоблю, счищаю)— это, как известно, древняя рукопись, написанная на материале, с которого счищен прежний текст, но, видимо, могут оставаться его фрагменты. Бонгеффер полагал, что именно этим расстройством открывается алкоголизм как болезнь (в отличие от бытового пьянства).

7. Нарушения личности

Каждый алкоголик снижается личностно сообразно своему преморбиду, и в соответствии с этим выделяют варианты алкоголиков (Бурно М., 1973). Расскажу здесь лишь об универсальных алкогольных изменениях личности, которые обнаруживаются у всех больных алкоголизмом — независимо от того, какими были они до болезни.

1. Снижение уровня личности

Германский психиатр Курт Шнейдер (1887−1967) (Kurt Schneider, 1955) отличает от слабоумия «бедность, скудность личности, низкий личностный уровень» (ärmliches, kümmerliches Persönlichkeitstiefstand) (s. 78). Всякий мозговой органический процесс (церебральный атеросклероз, энцефалит и т. д.), как известно, обнаруживает поначалу (еще до слабоумия, деградации) это *снижение уровня личности*. При хроническом алкоголизме указанное расстройство нозологически особенно тем, что здесь прежде всего заметно стирается, нивелируется главнейшее, специфически-человеческое — личностные особенности, живая духовная индивидуальность, т. е. основа творчества в широком смысле, как выполнения какого-то дела по-своему, в соответствии со своей духовной индивидуальностью. Таким образом, при алкоголизме нарушается способность к творчеству, то, что является сутью человеческого фактора в общественной жизни (в современном его понимании). Вместе с этим человек снижается нравственно. Душевная «стертость», блеклость, огрубелость алкоголиков «приправлена» благодушием, сравнительным безразличием ко всему, кроме спиртного, эмоциональная вялость проникнута глухой раздражительностью, нарастающей обычно с желанием выпить. Таким образом, остается лишь формальная схема человека, но нет уже живого личностного, нравственного полнокровия. Когда видишь сразу много больных алкоголизмом, например, в алкогольном отделении, бросается в глаза их похожесть друг на друга именно своей личностной тусклостью, «потертостью», безликостью. Это — погасшие лица алкоголиков. При этом психиатр-клиницист обычно ясно видит эту личностную картину как нажитое вследствие алкоголизма, а не про-

сто известную «здоровую» личностную банальность, «серость». Он видит это так, как видим, например, то, что данный пиджак потерт, но раньше был новым.

Снижение уровня личности алкоголика есть психопатологическое выражение диффузного органического поражения прежде всего лобных отделов коры головного мозга.

Все остальные универсальные личностные нарушения, так или иначе связанные с этим основным, и есть по отношению к нему вторичные нарушения.

2. Алкогольная апсихогнозия

Французский психиатр П. Фуке (Fouquet P., 1963) предложил называть латинским термином «apsychognosia» частный случай анозогнозии — неспособность алкоголика в полной мере понимать, узнавать, видеть свое личностное алкогольное снижение, критически относиться к своему пьянству и поведению. Так же как постинсультный больной порою анозогнозически не чувствует, что его нога парализована, и все просит помочь ему подняться и он тогда сам пойдет, так же алкоголик, даже самый вдумчивый, самокритичный, тревожно-мнительный к своему здоровью, недооценивает тяжесть, опасность своего заболевания, трагическую болезненность своих отношений со спиртным. Так было всегда. Германский психиатр Эмиль Крепелин (Kraepelin, 1912) описывает, как объясняют свое пьянство алкоголики давних времен: «Они один только раз “напились допьяна”, слегка лишь были “навеселе”, выпили столько, “сколько полагается”, “сколько нужно для делового человека” и т. д.» (с. 71). То же самое слышим от сегодняшних алкоголиков. Настоящий симптом настолько постоянен, характерен, что если обнаруживаем у человека с уже состоявшимся болезненным пристрастием к спиртному серьезные, ипохондрические тревоги по поводу своих (тем более, еще не так ярко выраженных) алкогольных расстройств и поведения, то обычно подозреваем здесь за фасадом алкоголизма еще и другую (например, шизофреническую) патологию.

Алкогольная апсихогнозия объясняется снижением уровня личности (и вместе с ним достаточно тонкой критической оценки своего состояния и поведения, если таковая вообще была до болезни), а также похмельно-абстинентным стилем жизни алкоголика: почти постоянно, явно или подспудно, тянет выпить, прибавить в кровь алкоголя, и это желание обусловливает известную аффективность мышления в отношении спиртного. Мысли следуют здесь на поводу эмоций: верится в то, во что хочется верить, и не верится в то, во что не хочется верить.

3. Оживление в разговоре о подробностях выпивки и закуски

На это характерное нарушение личности, весьма помогающее диагностике хронического алкоголизма особенно у трезвого (в настоящее время), мрачного алкоголика, «обиженного» беседой с врачом о своих отношениях с алкоголем, скрывающего свое пьянство, — обратил внимание Крепелин (1912). Он пишет: «Почти безошибочно можно вызвать в опустившемся облике пьяницы отражение прежнего безмятежного довольного настроения, если напомнить ему о его собутыльниках (с. 68). Когда в клинической беседе заговоришь с больным о том, что он предпочитает выпить, например, какую водку: «Пшеничную» или «Сибирскую», то несмотря на то, что больной вял, тускл или только что угрюмился и был даже глухо сердит на нас, отказывался говорить о себе на врачебной конференции, теперь в самых строгих больничных стенах он характерно оживляется улыбкой, нетерпеливым ерзаньем, покраснением лица, «селедочным» блеском глаз, иногда глотает слюну, и уже у него совсем другой, смягченный алкогольными воспоминаниями голос. Настоящее оживление с богатым вегетативным компонентом обязано своей особенной отчетливостью алкогольному снижению уровня личности, на тусклом фоне которого оно ярко вспыхивает, а также — несколько расторможенной (под поврежденной алкогольным процессом корой) грубой, подкорково-влеченческой эмоциональности и похмельно-абстинентной напряженности организма.

Если у человека с болезненным пристрастием к спиртному не удается выявить это характерное личностное нарушение и в то же время больной не деградировал настолько, что ему уже нечем оживляться, то есть основания подозревать еще и какую-то иную патологию, осложнившуюся алкоголизмом (шизоидная психопатия, циклотимия, шизофрения).

4. Алкогольный жаргон и алкогольные «ужимки»

Эти алкогольные моменты, имеющие местные, географические, временны́е, исторические особенности (если только человек не научился им актерски) выказывают принадлежность к алкогольной среде. В диагностическом отношении особенно ценны «ужимки» — различные характерные отработанные, «отполированные» неустанными повторениями жесты, телодвижения (щелчок пальцем под подбородок, другие пантомимические изображения выпивки, выразительные изображения рукой стопки или когда с помощью большого и указательного пальцев человек показывает, что только «вот столечко» пьет и т. д.). Во всяком случае, при

однократном психиатрическом, наркологическом обследовании очень важно, заметив подобные алкогольные «ужимки», клинически-направленно побеседовать с человеком.

5. Алкогольная психопатизация

С углублением алкогольного процесса нарастает снижение уровня личности, растормаживаются подкорковые мозговые механизмы и в соответствии со своим преморбидным складом алкоголик (уже и вне опьянения) становится патологически тяжелым своим характером, поведением (обнаруживаются приступы быстро гаснущей раздражительности или инертные злобные агрессивные взрывы, или истерически рвет на себе рубашку, или делается плаксивым, навязчивым и т. д.). Это патологическое стойкое изменение личности, поведения вследствие нарушающего личность процесса, принято называть *психопатизацией.*

Вот несколько клинических примеров алкогольной психопатизации (собственные наблюдения). В последних двух случаях в картине психопатизации проглядывают уже и моменты деградации.

И., 51 г., инженер. В беседе обнаруживает личностную «потертость», угрюмую малоразговорчивость, злобновато напряжен. Полагает, что не опохмеляется; но потом вдруг выясняется, что при опохмелениях его рвет, поэтому, упорно похмеляясь, «поправляясь», не считает это опохмелением. Убежден, что запойным пьяницей стал по причине своих высоких должностей в прошлом: не мог отказаться выпить с тем, кто его «уважал», «ценил». Со временем в пьянстве стал все легче «вскипать» и «взрываться» при всякой несправедливости. В разговоре о спиртном оживляется (среди всей своей угрюмости) — затаенно, одними глазами, покраснением без лишних движений, но весьма выразительно, с вегетативным блеском глазных яблок. Более всего он предпочитает «пшеничную водку с ее мягкостью» и закусывает черной икрой, а «коньяк лучше закусить шоколадом». Вспоминая о смерти жены от инфаркта два года назад, готов заплакать, но ничуть не винит себя в ее смерти (известно, что укоротил ее жизнь своим пьянством, она измучилась, наплакалась с ним). Живет вместе с родителями, любит копаться в саду, на огороде и дрессировать кошек, а потом дарить, продавать в дрессированном виде (умеющих ходить в квартирный туалет, смывая за собой, и т. д.). Кошки слушаются его, боятся сердитости в его голосе.

В., 48 лет, актриса. Больная в беседе явно стремится создать видимость необычности своей жизни и судьбы. Уходя от



простых, но не удобных для нее вопросов, отвечает картинно-витиевато, усложняя фразы, видимо, стараясь подчеркнуть этим сложность, трудность ситуации. Так, вместо того чтобы сказать, что муж изменял ей, говорит о его «привычности в адрес женского пола». Вместо того чтобы сказать, что пьянствовала еще в 22 года, говорит: «был акцент в этом направлении». Стремится представить дело так, будто она ни в чем не виновата, все случившееся объясняет неудачным стечением неудачных обстоятельств: с мужем разошлась, так как «не могла во имя семьи мириться с его недостатками», потом «вникала в вопрос старения и ухода из жизни своих родителей», воспитывала сына и не могла потому отдаться целиком театру. Выясняется, однако, что и сыну не была предана: он годами жил в интернате. Тогда заявляет, что некому было за нее заступиться в театре, «не было мужа — народного артиста», как у ее знакомой. Режиссер якобы сказал ей, что она такая актриса, что на нее надо делать спектакль. Но на нее, конечно, спектакль делать не станут, для этого нужно быть любовницей режиссера. Вот и получается, что играет всю жизнь роли похуже и помельче, так как со своим талантом «в антураже» будет только мешать. Выясняется, однако, что как актриса она совершенно не работает над собой уже много лет, а только пьянствует и меняет мужчин, с которыми пьянствует. Под явным алкогольным личностным огрублением, физической «изношенностью» проглядывает некоторая мягкость, покладистость, неустойчивость, аморфность интересов. Стремление представиться лучше, чем есть на самом деле, жухло-грубовато, «цветистость» выражений блекла, без «изюминки», не знает, какие роли ей по-настоящему близки, считает, что у нее «нет определенности в самой себе, всегда в пути». Пытается скрыть похмельно-абстинентные расстройства, запои, но неудачно, и тогда соглашается, что больна алкоголизмом, но в то же время, пролежав в клинике две недели, полагает, что уже вылечилась («неужели я сейчас еще алкоголичка?»). Протестует против сенсибилизирующего лечения, не желает быть «заряженной бомбой», она «за мир». При этом вовсе не уверена, что не выпьет после больницы («а вдруг обстоятельства заставят или та же болезнь?»). Хорошо понимает при всем этом, что переведена в билетеры за пьянство, и, если будет продолжать пить, ее не вернут на сцену, как оговорено в приказе.

Больная У., 52 лет, судомойка. Легко раздражается, ворчит, ругается, что поместили ее в больницу, плачет, но тут же — веселая, благодушная, эйфоричная. Неравнодушна к

кушаньям, всегда общительная, называют ее «артисткой», поет весело, играет на гитаре, на гармошке, любит подшутить («с гитарой выйду, песню спою, пьяному ножку подставлю и удираю со своей гитарой»). Речь наполнена жаргонными и самобытными выражениями. Например, о своей прежней худобе говорит: «скула скулу ела». Страха никогда не знала. Участвовала в кражах. В тюремном заключении, не задумываясь, по совету заключенных, «чтобы отпустили на волю», покрошила себе за веки химический карандаш. Не горюет, что один глаз теперь почти не видит («умирать — так с музыкой, а можно и без музыки»). В разговоре о спиртном и закусках оживляется так, что взмахивает руками, топает ногами, проглатывает слюну. Не отрицает, что «с похмелья» трясется, всегда хочется выпить и всегда пьяна — и во время работы (в столовых, на кухне). Но больной алкоголизмом себя не считает, лечиться наотрез отказывается и слушать об этом не хочет. Испитое лицо с мешками под глазами, выраженной дряблостью кожи.

6. Алкогольная деградация

Психопатизация незаметно перерастает в деградацию, в которой уже практически нет личности.

Деградация — глубокое, стойкое* снижение, опустошение личности, включающее в себя слабоумие, но деградация шире слабоумия, это снижение, разруха и в эмоционально-волевом отношении, т. е. снижение «по всем фронтам». Деградированный алкоголик несет в себе все черты выраженного психоорганического синдрома (ослабление памяти, инертность мышления, неспособность полноценно обобщать, аффективная слабость и т. д.), но особенно ярко видится при психоорганическом синдроме алкогольного генеза нравственно-этическое снижение. Деградированный алкоголик, потерявший свою индивидуальность, как правило, апатичен, благодушен, беспечен в своей пустоте, может пошуметь-поворчать, даже беспорядочно взорваться, но в глубинном своем безразличии не способен серьезно переживать ни за близких, ни за себя. Это уже не человек в истинном смысле с душевными привязанностями и ответственностью за свои дела, поступки, это ходячий моральный труп.

* Некоторые случаи, из-за выраженного безволия, некритического отношения к своему тяжелому алкогольному поведению, поспешно квалифицируемые в запое или в течение нескольких недель после запоя как «алкогольная деградация», впоследствии с посветлением, посвежением личности, относительным восстановлением критики в долгой трезвой жизни — оказываются лишь «псевдодеградацией».

8. Соматические расстройства

Здесь необходимо подчеркнуть три момента.

Первый. Больной алкоголизмом, как правило, имеет более или менее выраженный habitus, даже в трезвом виде. Этот habitus, портрет алкоголика, выразительно описывался классиками. Вот описание Корсакова (1901). «Уже внешний вид потаторов* характерен: лицо их то обрюзгшее, одутловатое, с фиолетовым носом, с расширенными мелкими кровеносными сосудами, с резко выраженной гиперемией конъюнктивы, то — при сильном истощении — желтое, худое, со впалыми щеками, с морщинами, свидетельствующими о преждевременной дряхлости (с. 1066). Крепелин (1912) отмечает про алкоголика: «Помимо небрежной и распущенной внешности, противоречащей его общественному положению, его осовелые глаза, одутловатое, часто покрасневшее вследствие расширения мелких вен лицо, сильно обложенный и нередко дрожащий язык, мелкое дрожание растопыренных пальцев и сивушный запах при дыхании безошибочно говорят за хроническое отравление» (с. 85). И сегодня опытный клиницист заметит, например, при диспансеризации (даже в не зашедших далеко случаях алкоголизма) характерную алкогольную огрубелость, «опущенность», «поношенность» лица, в которой чувствуется душевная вялость, деревянность, соединенная с благодушием. У страдающих алкоголизмом женщин указанные выше телесная короста, набухлость проглядывают сквозь косметику, нередко неряшливую и чересчур яркую в таких случаях. Прежней живости, свежести, тонкости в лице нет и в помине. Есть огрубелое кокетство с кусками помады на губах и готовность оживиться при любом упоминании о спиртном. Телесное и душевное просветление наступает лишь через месяцы и годы полной трезвости с заинтересованностью какими-то вдохновляющими делами.

Второй момент — заболеваемость алкоголиков соматическими болезнями. Ю.П. Лисицын и Н.Я. Копыт (1983) отмечают на примере мужского населения Москвы, что заболеваемость больных алкоголизмом, состоящих на учете в диспансерах, в 1,5 раза выше заболеваемости взрослых мужчин. При этом особенно существенны различия — до 40 лет (с. 118). Во многих случаях, как известно, злоупотребление алкоголем лишь способствует возникновению соматических болезней, воздействуя на слабое место. Но есть заболевания, которые, по сути дела, причиняются алкоголизмом.

* Потатор (*potator*) — от греч. *potor* (выпивка), т. е. пьяница, алкоголик.

Третий момент. Соматические болезни, порожденные алкоголизмом: алкогольная жировая дистрофия печени, алкогольный гепатит, алкогольный цирроз печени, алкогольный гастрит, алкогольная кардиомиопатия и алкогольная полиневропатия (Иванец, Игонин, 1983, с. 138–149).

9. Течение хронического алкоголизма

Хронический алкоголизм, как все на свете, имеет начало, расцвет и исход. Предложенные у нас систематики стадии хронического алкоголизма (Портнов, Пятницкая, 1971; Стрельчук И.В., 1973; Энтин Г.М., 1979; Иванец, Игонин, 1983) существенно отличаются от западных систематик (см. у Портнова и Пятницкой, 1971, с. 118–121) клинической разработанностью и представляют серьезный шаг в развитии учения о хроническом алкоголизме. Однако наши систематики не совпадают друг с другом, думается, прежде всего потому, что недифференцированно охватывают всех больных алкоголизмом, независимо от их преморбидных особенностей, во многом определяющих клиническую картину и особенности течения. Так, например, синтонные алкоголики пикнического сложения, живущие и до алкоголизма, и в алкоголизме в почти постоянном состоянии оптимистической приподнятости, нередко не обнаруживают ярко выраженного абстинентного похмелья, запоев и в связи с этим не слывут среди знакомых, близких настоящими алкоголиками. Они для них просто компанейские «любители выпить», не напивающиеся, пьющие вино в течение всего дня. При этом у этих алкоголиков часто встречаем алкогольные печеночные расстройства (в том числе алкогольный цирроз печени). В то же время алкоголики инертно-авторитарного (эпитимного) склада с известной атлетоидностью в телосложении нередко уже в начале алкоголизма дают бурные похмельно-абстинентные расстройства и истинные запои. Таким образом, будущие клинические систематики стадий алкоголизма, видимо, не смогут уже основываться на «усредненном» больном алкоголизмом. Новые углубленные систематики стадий алкоголизма, думается, будут учитывать клинический вариант алкоголизма, включающий в себя и свой вариант течения, как видим это на примере выделенных вариантов малопрогредиентной шизофрении. Пока же возможно в оценке стадии опираться лишь на те немногие расстройства, без которых невозможны эти стадии. Так, *первая стадия (начало)* невозможна без отчетливых (пусть не бурно выраженных) похмельных абстинентных расстройств, тесно связанной с ними патологической тяги к спиртному, без (хотя бы намечающегося) снижения уровня личности; *вторая стадия (рас-*

цвет) — без достаточно выраженного похмельного абстинентного синдрома; *третья (исход)* — без алкогольной деградации личности. Что касается запоев, расстройств памяти, металкогольных психозов и т. д., то этого может не быть у данного больного на протяжении всей его жизни или все это может быть тесно связано своим выходом на клиническую арену — с определенной конституцией больного, качеством спиртных напитков, обычаями данной местности и т. д.

Итак, хронический алкоголизм, обычно начинаясь незаметно, нередко приводит к распаду семьи, сиротству детей, преступлениям, к полной неработоспособности заболевшего, к металкогольным психозам (делирий, галлюциноз и т. д.), слабоумию, повреждению жизненно важных мозговых центров (острые алкогольные энцефалопатии), к соматической разрухе.

6.3. О предрасположенности к хроническому алкоголизму (1968) [1)]

Давно известно, что некоторые люди особенно предрасположены к хроническому алкоголизму. Один человек, много лет злоупотребляя алкоголем, не становится алкоголиком, тогда как другой быстро спивается (Аттенгофер, 1820, с. 220; Керр Н., 1889, с. 29; Чиж, 1911, с. 261; Рыбаков, 1917, с. 391; Блейлер Э., 1920, с. 194; Жислин, 1934, с. 19; Консторум, 1935, с. 97). М.К. Петрова (1945) выяснила, что даже собаки разных темпераментов по-разному предрасположены к «собачьему» алкоголизму (с похмельным абстинентным синдромом) (с. 98).

О личностях, предрасположенных к алкоголизму, мало работ. Нашел в литературе клиническое описание лишь одного варианта личности, склонного к алкоголизму. Это кратко клинически изображенный Э. Кречмером и Жислиным синтонный грубоватый шутник, который легко становится «синтонным алкоголиком» (Жислин, 1935, с. 66, 70).

Попытался выделить несколько вариантов личностей, особенно предрасположенных к хроническому алкоголизму. Из числа алкоголиков-мужчин, обратившихся в наркологический кабинет Московского психоневрологического диспансера № 2 в 1966 г., были отобраны больные в возрасте от 23 до 50 лет, которые: 1) имели мать, и она могла прийти в диспансер и рассказать историю жизни и болезни сына (по возможности беседовали и с другими родственниками больного); 2) начали систематически выпивать без значительных психических травм между 20 и 30 годами, когда личность уже сложилась; 3) стали хроническими алкоголиками (появился похмельный абстинентный синдром, по Жислину) не

более чем через 2 года после того, как начали систематически выпивать; 4) не имели иной (неалкогольной) патологии — органического поражения центральной нервной системы, дебильности и т. д. Их, как правило, нельзя было назвать психопатами, если исходить из критериев психопатии Ганнушкина (1964, с. 121). Таких больных оказалось 85. В беседе с ними и их родственниками опирался на составленную схему изучения личности, близкую к схеме А.Ф. Лазурского (1923, с. 78). По сходству преморбидной личности, течению болезни и ее картине 78 больных были разделены на 5 групп. Остальные 7 не были похожи ни на представителей этих 5 групп, ни друг на друга.

1-я группа — слабовольные примитивные личности (46 человек). У всех отцы и деды (один или оба) алкоголики, у 3 страдали алкоголизмом и матери. Их (43 рабочих и 3 инженера) нельзя назвать дебилами: они хорошо толкуют переносный смысл пословиц, учителя часто считают их «способными». Здесь больше подходит термин «примитивные». Консторум (1962) отличал подобных людей от «непримитивных» «невысоким духовным уровнем». Больные этой группы никогда не получали удовольствия от умственных занятий. Ни один из них не стремился к творчеству в своей работе, к повышению квалификации, к чтению серьезных книг. Они с детства слабовольны, внушаемы, но при этом очень упрямы. К. Леонгард (Leonhard, 1964, s. 278) считает, что важную роль в развитии хронического алкоголизма играет быстрая необдуманная реакция на ситуацию. Наши больные никогда серьезно не задумывались над последствиями своих поступков. Они не были злопамятными; рассердившись, быстро «отходили». Благодушные, легкомысленные, услужливые, без цели в жизни, не способные глубоко и сложно чувствовать, больше любили подчиняться, чем командовать. Им нравилось «уважить человека». Они от души помогали знакомым и незнакомым «забесплатно» что-нибудь починить. Учились средне, чаще уходили из школы в технические училища, так как хотелось что-нибудь мастерить (но не изобретать). Становились хорошими плотниками, слесарями и т. п. Но после работы не знали, куда деть себя, слонялись по двору, хотелось «забыться-забалдеть».

Дебес [цит. Vidal G., Vidal B., 1969] выделяет в периоде юношества 4 возраста (стадии): парадоксальный (12–14 лет), возраст ватаги (11–16 лет), романтический (15–18 лет) и возраст проблем (16–21 год). У пациентов данной группы эти стадии были стерты, пубертатный период протекал гладко, без бурных протестов, романтичности и т. п.

С первых выпивок эти люди почувствовали, что выносливы к алкоголю (после 2–3 стаканов водки «спокойно гуля-

ли по парку»), «пьяное состояние» сразу понравилось, стали систематически пьянствовать. Эта «готовая» высокая толерантность к алкоголю, возможно, явление наследственное, приспособительное. Однако тот, кто больше может выпить, легче становится алкоголиком (Блейлер Э., 1920, с. 194; Стрельчук И.В., 1966, с. 176). В течение первых 2 лет болезни они еще могли не похмеляться по утрам в будни. Потом появились затяжные (несколько дней-недель) алкогольные эксцессы, которые в $^1/_3$ случаев в течение 1–2 лет перешли в истинные запои (до месяца). Частое возникновение истинных запоев на базе хронического алкоголизма описывали многие авторы (Жислин, 1965, с. 272; Портнов, 1962, с. 164).

Алкогольный психоз (острый галлюциноз) наблюдался здесь лишь в одном случае (и то абортивный), хотя 20 человек страдали хроническим алкоголизмом больше 10 лет.

У больных этой группы была отчетливо выражена так называемая «алкогольная деградация личности» (независимо от давности болезни). Родственники, однако, не считали, что характер больного (в трезвом состоянии) заметно изменился за время болезни. Они отмечали, что благодушие, эмоциональная грубоватость, некритическое отношение к своему поведению, слабоволие, лживость, хвастливость были присущи больным и до болезни, хотя не в столь ярком виде. Шредер [цит. Жислин, 1935, с. 70] отрицал чисто «нажитой» характер основных черт алкогольной деградации, он считал их конституциональными, вследствие чего эти люди и стали алкоголиками. О том, что слабоволие предрасполагает к хроническому алкоголизму, писали многие авторы. Барюк (Baruk, 1950, p. 394) считает «конституциональную слабость воли» основной причиной алкоголизма. Добавим еще, что эти больные всегда предпочитали водку другим спиртным напиткам и заявляли, что даже до болезни их интересовал не вкус напитка, а состояние опьянения («лишь бы загорелось», «лишь бы скорей забалдеть»).

2-я группа — слабовольные инфантильные личности (10 человек). Только у трех была алкогольная наследственность (отец). Здесь слабоволие сочетается не с примитивностью, а с психическим инфантилизмом. Явно преобладает первая (образная) сигнальная система. Двое из пациентов — художники, один поэт, остальные семь — рабочие и техники, но пишут стихи, играют в драмкружке. Это искренние, нежные, влюбчивые, общительные, лирические натуры. Их стихи — о природе, о животных, о любви. На уроках они невнимательны, не любят математику, физику, но хорошо учатся по истории, литературе. Будучи слабовольными, часто прогуливали уроки («вдруг захотелось пойти с ребятами в лес посмотреть весну» и т. п.). Они раздражительны, обидчивы,

но не злопамятны. Склонны к колебаниям настроения. У них отчетливо выражены стадии юности (по Дебес). Эти личности «задерживаются» в своей романтической юности на всю жизнь. У них не наступает зрелой, волевой мужественности с самокритическим обдумыванием своих поступков. С.М. Родионов (1934, с. 40) отмечал у многих алкоголиков инфантильный характер, наивность суждений. Семь из десяти пациентов этой группы воспитывались в интеллигентных семьях, где никто не злоупотреблял алкоголем. «Готовой» высокой толерантностью к алкоголю не отличались. Пили, чтобы «забыться», чтобы написать «светлое стихотворение». «Хорошо приспособленный человек справляется с плохим настроением без алкоголя, — пишут А. Нойес и Л. Колб (Noyes, Kolb, 1963, p. 165). — А слабому алкоголь нужен, чтоб избавиться от напряженности, от тоски о несбывшихся надеждах».

На 3–4-м году болезни появились затяжные алкогольные эксцессы и запои. У 3 больных на 3–5-м году болезни возник приступ белой горячки.

Все пациенты этой группы — ниже среднего роста, круглолицые моложавые блондины. Таких признаков инфантилизма, как грацильность, миниатюрность, отметить у них не удалось. Движения их естественны, округлы.

Инфантильные личности другого рода — грацильные, практичные, неискренние, театральные, злопамятные, холодноватые брюнеты, с истерическими чертами характера и мелкими, острыми чертами лица, напротив, к алкоголю очень невыносливы и к хроническому алкоголизму, как мне представляется, не предрасположены.

Пациенты 2-й группы напоминают неустойчивых психопатов Крепелина (1923, с. 340), Ганнушкина (1964, с. 163), неустойчивый вариант инфантильных психопатов Г.Е. Сухаревой (1959, с. 225). Крепелин (1923, с. 340) отмечал у неустойчивых психопатов сочетание слабости воли с «даже хорошей умственной одаренностью, именно в сторону художественности (художественные натуры)».

3-я группа — асоциальные личности (11 человек). У всех отцы алкоголики, у 5 страдали алкоголизмом и деды. Эти люди с детства обращают на себя внимание неспособностью сочувствовать чужой беде. Нравственные чувства (стыд, раскаяние, сопереживание, жалость и т. п.) у них недоразвиты. Они лишь формально понимают, что хорошо и что плохо, и потому способны временами казаться нравственными. В детстве часто с удовольствием мучают животных. Один наш пациент в 10-летнем возрасте ловил во дворе кошку, бросал ее в мешок и бил им об землю, пока кошка не издыхала. «А чего она тут ходит!» — оправдывался он. Другой в 11 лет, узнав от матери, что отец без вести

пропал на фронте, тут же пошел играть в футбол. Если такие дети просят прощения, то лишь с корыстной целью. Угрюмые, черствые, упрямые, злобные, мстительные, эгоистичные, малоразговорчивые, они не нуждаются в материнской ласке, постоянно лгут, не желают никому подчиняться. Учатся плохо (не хотят заниматься). Работой своей не интересуются, ленивы. С 16–17 лет вступают в многочисленные половые связи, не чувствуя, однако, даже симпатии к своим партнершам. М. Блейлер (см. Diethelm, 1955, p. 142) заметил, что многие из наблюдавшихся им алкоголиков «никогда не переживали настоящего чувства любви, не были эмоционально привязаны к женщинам, с которыми имели близость», и в половые связи вступали лишь ради похоти. То же можно сказать и о наших пациентах 3-й группы. Их алкогольный анамнез подобен алкогольному анамнезу пациентов 1-й группы. Здесь также обнаруживается «готовая» высокая толерантность к алкоголю. Не отличаясь слабоволием, внушаемостью, они пили сначала часто «в одиночку», потому что хотелось стать «добрее» («а то не мил весь свет»). Алкогольных психозов отметить у этих больных не удалось. Это — наиболее трудная группа для лечения. Они часто не хотят начинать лечиться.

Интересно, что уже при первых случайных опьянениях эти люди становились подозрительными, придирчивыми, буйными, драчливыми, вмешивались не в свои дела и потом плохо помнили себя в период опьянения. Они напоминали «антисоциальных психопатов» Ганнушкина, эпилептоидный вариант органических психопатов Сухаревой.

Крепелин (1912, с. 80) писал, что «склонность к пьянству передается потомству, вероятно, в форме вообще недостаточной моральной устойчивости». М. Борель [цит. Koupernik, 1958, p. 1365] отмечал, что «аморальные, грубые, недалекие люди легко становятся токсикоманами». Жислин (1965, с. 272) указывал, что «дисфоричный, напряженный аффективный фон» предрасполагает к хроническому алкоголизму. Д. И. Ефремов (1935, с. 141) среди 178 алкоголиков (из них лишь 5% с резко выраженной психопатией) нашел 46% эпилептоидных личностей. Не раз приходилось слышать от матерей больных 3-й группы, что в детстве, еще никогда не попробовав алкогольных напитков, их сыновья изредка, на 1–2 мин., казались им «пьяными» («даже глаза хмельные»). Несколько раз мы сами наблюдали минутные состояния легкой оглушенности у детей алкоголиков. Кродерс [цит. Ковалевский, 1888, с. 11, 20, 47], описывая подобные состояния у детей и никогда не пивших взрослых, считал их «отражением состояния родителей в детях». Такие случаи отмечает в своей книге и Керр (1889).

4-я группа — астенические примитивные личности (6 человек). У двоих установлена алкогольная наследственность (отец). Это примитивные, слабовольные, конфузливые, боязливые, нерешительные, меланхоличные, душевные, застенчивые, порядочные люди. Они ранимы, добросовестны, пугаются ответственной работы. Спокойнее им в своей семье или в одиночестве, с природой, грустными книгами. Впервые попробовав алкоголь и с удовольствием почувствовав себя смелее, развязнее, они начинали выпивать вечерами дома. М. Борель [цит. Koupernik, 1958, p. 1365] замечает, что астеники находят в алкоголе тонус. Спустя 2–4 года возникали затяжные алкогольные эксцессы и запои. Двое больных перенесли острый алкогольный галлюциноз.

Больные этой группы обычно рано приходят в диспансер, понимают, что больны, усердно лечатся, привязываются к своему врачу; хороший эффект здесь дает психотерапия. Нам не удалось обнаружить у этих больных, несмотря на 10–20-летнюю давность болезни, четких черт «алкогольного характера». Эти грустные, робкие люди на первый взгляд не похожи на алкоголиков. Только при упоминании о выпивке они оживляются, застенчиво улыбаются, краснеют. По-видимому, и таких больных имел в виду С.Г. Жислин (1965, с. 274), когда писал, что есть больные, которые похмеляются уже много лет, но «не дают явственной деградации». Чаще это лица диспластического телосложения, ниже среднего роста. Они напоминают тех астеников Ганнушкина (1964, с. 135), «главными чертами которых являются чрезмерная впечатлительность, с одной стороны, и резко выраженное чувство собственной недостаточности — с другой».

5-я группа — синтонные грубоватые шутники (5 человек). У всех отцы алкоголики. Этот вариант личности, как мы указывали, был описан Э. Кречмером и Жислиным. Это беспечные люди, которые всех смешат грубоватым юмором. Они пьют для удовольствия, веселья. Добавлю лишь, что у моих пациентов похмельный абстинентный синдром был выражен нерезко и запоев на почве хронического алкоголизма не отмечалось. Ширмер (см. Leonhard, 1964, s. 278) писал, что беспечная веселость часто приводит к пьянству.

6.4. Этиология алкоголизма (лекция) (1975) [20)]

Если патогенез хронического алкоголизма есть механизм развития этой болезни, т. е. закономерности движения определенных функциональных и органических расстройств в организме алкоголика, определяющие душевные и телесные

краски клинической картины, то этиология этого заболевания есть по существу причинность его, т. е. почему, по какой причине сделался данный человек хроническим алкоголиком и что способствовало работе этой причины. Скажу сразу, что легче всего было бы назвать этой причиной алкоголь, без которого действительно невозможен хронический алкоголизм. Однако это все равно, что назвать причиной сахарного диабета сахар, а причиной атеросклероза — жир. Точно так же, как большинство людей, лакомясь пирожными и свининой, не заболевают сахарным диабетом и атеросклерозом, точно так же большинство людей всю жизнь дружат по праздникам с бокалом вина или рюмкой водки без всякого хронического алкоголизма. Тут же следует отметить, что злоупотребление алкоголем резко увеличивает вероятность заболевания хроническим алкоголизмом*. Практически алкоголик делается таковым лишь через систематическое (несколько раз в неделю) пьянство, не менее чем месячное, по моим наблюдениям.

По зарубежным статистикам, спиртные напитки употребляет подавляющее большинство взрослого населения Земли, но хроническими алкоголиками делается не более 6–7% «пьющих» (Стрельчук, 1966, с. 176)**. Среди «пьющих» встречаем людей, которые быстро и легко спиваются, и людей, которых злоупотребление спиртным долгие годы не делает хроническими алкоголиками. Проблема этиологии хронического алкоголизма упирается, таким образом, в предрасположенность к этой болезни. Предрасположенность эта — явление цельное, многогранное, в котором телесное и душевное взаимосвязано и взаимообусловлено. Предрасположенность к алкоголизму изучается во всем мире в разных своих гранях различными специалистами: биохимиками, физиологами, психологами, психоаналитиками, генетиками, клиницистами. В каждой из этих научных областей формируется свое представление о людях, предрасположенных к алкоголизму, о «кандидатах в алкоголики», как выражаются западные коллеги.

Попытаюсь кратко изложить историю развития взглядов на этиологию (причинность) хронического алкоголизма и отметить то самое существенное, по моему мнению, что известно сегодня о предрасположенности к алкоголизму от различных специалистов. Однако прежде должен уточнить, что в соответствии с точкой зрения Жислина (1935, 1965),

* Как и злоупотребление жирами способствует развитию атеросклероза.
** Правда, это лишь алкоголики, зарегистрированные врачом.

Введенского (1950, с. 244), Рожнова (1964, 1971, 1974) считаю, что хронического алкоголизма нет без алкогольных абстинентных явлений, как нет без абстинентных явлений любой наркомании.

Итак, о том, что люди по-разному предрасположены к алкоголизму, известно, видимо, со времени первых хронических алкоголиков. В старой литературе (вплоть до середины XIX века) по этому поводу разбросано много интересных замечаний. Аристотель говорил, что пьяная женщина рождает подобных себе детей; «ebrii geniunt ebrios» («пьяницы рождают пьяниц»), — писал Плутарх (цит. по Керру (1889, с. 116)). Русский писатель А.Т. Болотов (1788, с. 397) верно отметил, что трудно пьянеющие («которые ежедневно пьют доброе вино бутылками, а пьяны не бывают») более предрасположены к «болезни от вина», нежели быстро пьянеющие («кого всякий раз рвет, когда он опьянится, тому не можно толь вредных следствий от пьянства опасаться, как другим»). Английский морской врач Томас Троттер (Th. Trotter) полагал, что есть и «умеренные пьяницы», что «пьянство не многих превращает так, что собственные дворовые собаки не узнают их» (Троттер, 1824, с. 108). Служивший в России немецкий врач Г.Л. Аттенгофер писал, что есть люди, «достигшие уже глубокой старости, кои с самых молодых лет выпивают каждый день от 6 до 8 рюмок водки, не делаясь пьяными или даже хмельными, и отправляют при том дела свои с надлежащею исправностью и расторопностью» (Аттенгофер, 1820, с. 221). По Эскиролю (1838), «предрасположенность к пьянству часто наследственна». Российский врач М.Я. Магазинер (1884, с. 23), перечисляя «причины, способствующие у одних более, а у других менее скорейшему или медленному развитию» «болезни от пьянства» («предрасполагающие причины»), называл прежде всего «темперамент», а потом уже «душевные возмущения», «занятия» и пр. Легко «подвергаются болезни от пьянства», по М.Я. Магазинеру, «люди с живым и чрезвычайно пылким воображением, слабого, нежного телосложения и те, которые изнуряют себя беспрерывно умственными занятиями». М.Я. Магазинер, по-видимому, один из первых в отечественной литературе указал, что «болезни мозга» предрасполагают к «болезни от пьянства». Российский врач К.П. Буш (1859, с. 145) отмечал, что «люди, у которых более развиты чувствительная и раздражительная системы организма», «следуя своим пылким наклонностям», чаще флегматиков, «предаются пороку пьянства». В середине прошлого века стали уже возникать концепции (системы взглядов) происхождения алкоголизма. Так, особенно во Франции была распространена концепция наследственности алкоголизма. Причем одни авторы полагали, что наследуется

именно «страсть к пьянству», «импульс к интоксикации» (Керр, 1889, с. 116), другие считали, что наследуется лишь легкость возникновения неудержимого влечения к алкоголю при употреблении его (Демме, 1895, с. 41; Мендель, 1904, с. 198). Французский психиатр Бенедикт Морель, автор известной концепции вырождения, называл вырождением (дегенерацией) болезненное уклонение человека от нормы, которое передается по наследству, все более усиливаясь. «Дегенераты» того времени — это теперешние олигофрены, психопаты и другие непсихотические субъекты, но с «инвалидным» от рождения мозгом. Клинический термин, определяющий состояние всех вырождающихся (дегенератов) — *неуравновешенность*. Для Мореля и его последователей будущий «закоренелый пьяница» суть дегенерат, т. е. уже больной человек. В. Маньян и М. Легрен (1903, с. 88), известные французские последователи Мореля, отмечают: «Социальные яды — алкоголь, морфий, кокаин — рекрутируют своих жертв среди неуравновешенных, которые по натуре своей жадны до удовольствий; для них искания наслаждений во всяких формах есть инстинктивная и постоянно преследуемая цель». Идеи Мореля принимают германские психиатры Г. Шюле (1880, с. 292), Крафт-Эбинг (1897, с. 600), американский исследователь алкоголизма Кродерс (1888, с. 107). Последний считает, что предрасположенные к пьянству отличаются «неправильным асимметрическим развитием мозговых центров», что выражается «неврастенией». Они неустойчивы, раздражительны, не способны сдерживать свои побуждения, ищут вне себя поддержку и находят ее в алкоголе. Бывают у них странности (например, влечение к испорченной пище, клейким жидкостям, пилюлям), возникают у некоторых из них состояния, подобные опьянению, хотя спиртного не пили до этого никогда. Попробовав однажды алкоголь «для поддержания себя», уже не могут с ним расстаться. Выпивая еще только по временам, резко меняются в опьянении. Так, один субъект, впоследствии спившийся, любил в опьянении осматривать лошадей, другой — брать к себе приемышей, третий — заниматься музыкой, четвертый — собирался умирать, приводил свои дела в порядок, прощался с друзьями. Кродерс считает, что подобные странности должны служить несомненным указанием могущего развиться пьянства. Подобным образом писали в те времена о происхождении алкоголизма и российские последователи Мореля. Для П.И. Ковалевского (1889, с. 17, 49) причина алкоголизма в «нейропатической конституции» с «инстинктивной потребностью в искусственной поддержке, непреклонным стремлением к удовлетворению ее». В.Ф. Чиж (1911, с. 261) считал, что «...только лица с психопатической

организацией заболевают психическими расстройствами вследствие злоупотребления спиртными напитками», что «степень потребности в спиртных напитках довольно точно указывает степень несовершенства организации человека». Морелевское учение о вырождении, несомненно, сыграло прогрессивную роль, например, обратив внимание исследователей на громадное количество так называемых «пограничных» больных, не являющихся душевнобольными в узком смысле, дав по существу первые классические описания некоторых пограничных состояний. Однако морелевские утверждения об этапах вырождения дегенератов до бесплодия и идиотизма, положение о том, что всякий алкоголик еще до болезни отличался больным, «инвалидным», мозгом, не оправдываются практикой жизни. С.С. Корсаков (1901, с. 1076), соглашаясь, что «пьяницей делается не всякий, а кто к этому предрасположен», подчеркивает, что и у здоровых прежде людей «вино, употребляемое из подражания, иногда против воли, иногда даже как гигиеническое средство по предписанию врачей, при продолжительном употреблении вызывает болезненную привычку к нему». Что алкоголизм развивается лишь у патологических личностей отрицает и Э. Крепелин (1912, с. 81). Действительно, выявившаяся со временем предрасположенность к алкоголизму, даже основательная, сама по себе не есть болезненное (патологическое) состояние, как и в случае других болезней (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и т. д.). Несомненно, большинство алкоголиков до болезни — практически здоровые люди. Однако и теперь не все с этим согласны. «Алкоголь не есть токсический фактор, — утверждает, например, Куперник (C. Koupernik, 1958, p. 1365), — это настоящий диагностический тест, позволяющий диагностировать у человека психический недостаток, сказать, что человек этот — дегенерат».

В конце прошлого — начале нашего века дегенераты Мореля «разошлись» в нозологические единицы Крепелина, возникли экспериментальная наука генетика, пограничная психиатрия и подробная типология характеров. Мощно стали развиваться физиология, биохимия. Появился на свет психоанализ. Все это, понятно, отразилось в работах нашего века по этиологии алкоголизма.

Итак, предрасположенность к алкоголизму есть явление цельное, многогранное в том смысле, что сказывается и в биологических, и в душевных особенностях человека. Но это вовсе не значит, что существует единственный психобиологический тип человека, предрасположенный к алкоголизму. Даже особенно предрасположенных к хроническому алкого-

лизму типов людей наверняка несколько, как несколько и типов людей, мало предрасположенных к алкоголизму, т. е. пьянствующих долгие годы (более 15—20 лет) безнаказанно, без явлений хронического алкоголизма*. Нет еще фундаментальных исследований о предрасположенности к алкоголизму, охватывающих какой-либо тип предрасположенного к алкоголизму человека цельно, комплексно — в его биологических и душевных особенностях. Различные специалисты, исследующие предрасположенность к алкоголизму, пока работают врозь, и возникают независимо друг от друга физиологические, биохимические и т. д. концепции происхождения алкоголизма. Видимо, это необходимый исторический этап научного развития данной проблемы. Расскажу кратко, что известно о предрасположенности к алкоголизму благодаря физиологическим, биохимическим и другим исследованиям.

Физиологический подход

Первые яркие физиологические исследования происхождения алкоголизма, к нашей чести, были проведены в нашей стране. В 30—х годах этого века в лаборатории И.П. Павлова М.К. Петрова и В.К. Федоров пытались спаивать голодных собак разных темпераментов спиртом в молоке. Одни собаки с жадностью лакали «напиток», легко делаясь «собаками-алкоголиками» с похмельным абстинентным синдромом. Другие спивались не так легко, третьи, даже очень голодные, не прикасались к молоку со спиртом, пятились от него. Обнаружилось, что «слабые собаки в большинстве случаев отличаются большим пристрастием, но меньшею устойчивостью к алкоголю, чем сильные» (Петрова, 1945, с. 98)**. И.П. Павлов горячо интересовался этими опытами. «Вот какой это яд! — восклицал он (среды 6 февраля и 6 марта 1935 г.) — Ясно, что кому-кому, а уж людям со слабой нервной системой к нему касаться — не дай бог». «Если перенести целиком опыты с собак на людей, то горькие пьяницы — это слабые, нервные типы, потому что вы видите, сильные, с одной стороны, как будто с некоторым основанием могут пить, потому что тяжелых результатов не чувствуют, а с другой стороны, такой богатырь сильный,

* Бесплодные попытки установить единый тип «будущего алкоголика» Э. Лизянская (E. Lisansky, 1960, p. 315) сравнивает с сооружением «соломенного чучела» («a straw man») алкоголика.

** В деревнях иногда приходится встретить петуха, пса или козла, превращенных людьми с глумлением и без истинной пользы делу в жалких абстинентно-трясущихся, просящих «опохмелиться» «пьяниц».

как “Джой”, тот не пьет только по “благоразумию”, благодаря силе тормозного процесса» (Павлов И.П., 1949, с. 65, 116). Богатый врачебный опыт И.В. Стрельчука (1973, с. 211) подтверждает эти выводы: «среди больных, страдавших хроническим алкоголизмом, несколько чаще встречались лица со слабым или сильным неуравновешенным типом, у которых недостаточно развит тормозной процесс (сдерживание)».

Американские психологи Джон Доллард и Нил Миллер (John Dollard a. Neal Miller, 1950, p. 186, 380) обсуждают западные остроумные опыты выработки у животных влечения к алкоголю (Массерман и Юм — J. Masserman a. K. Jum, 1946; Конгер — J. Conger, 1949). В этих экспериментах на голодных кошках и крысах, пытавшихся энергично добыть спрятанную от них пищу, обрушивались электрические удары. Кошки и крысы метались в условнорефлекторном ужасе ожидания удара, бежали от пищи, но, наткнувшись на алкоголь, напивались и, смягчив тем «невроз», снова пытались добыть пищу. Конгер для проверки делал инъекции воды и алкоголя крысам, и крысы, получившие инъекции воды, пребывали в страхе и не стремились к пище, в отличие от своих сестер с алкоголем в крови. Доллард и Миллер полагают, что алкоголь уменьшает страх, тревогу, и пьянство подкрепляется смягчением душевного напряжения. Авторы выводят из этих экспериментов гипотезу: алкоголь, как барбитураты и лоботомия, смягчая страх, помогает приспособиться в обществе, особенно когда речь идет о мягком алкогольном отравлении. Гипотеза Долларда и Миллера, считающих себя учениками Павлова и Фрейда одновременно, как видим, не отличается павловской осторожностью, в ней отчетливо звучит бихевиористически-фрейдовская склонность к малообоснованным обобщениям. Несомненно, некоторые люди транквилизируют свое душевное напряжение алкоголем. Но немало людей пьянствует без заметного душевного напряжения и немало людей с острой душевной тревогой, «раздерганностью», к алкоголю не прибегает, убедившись, что потом еще хуже.

Биохимический подход

В середине нашего века крупный американский биохимик Роджер Уильямс (1960, с. 224, 256, 284) задался вопросом: «не лежат ли в основе склонности к алкоголизму у отдельных людей какие-либо их биохимические особенности». В 1947 г. он опубликовал свою гипотезу: предположил, что «решающую роль в вопросе о том, будет ли человек подвержен данной болезни, играет специфический индивидуальный обмен». Тогда было уже известно, что крысы на полноценной

диете пьют меньше спирта, чем на неполноценной. Но Уильямсу удавалось легко снять индивидуальное отношение разных крыс к спирту, резко изменяя диету: при недостаточной диете все крысы «пьянствовали», при усиленной с повышенным содержанием витаминов отказывались от спирта. Это доказано было сотни раз. Скрещивая «крыс-алкоголиков» — братьев с сестрами (инбридинг), Уильямс получал генетические линии крыс с более сильной тягой к спиртному, нежели у родителей, и эта тяга уже не так легко смягчалась обогащением диеты. Подобно тому, как селекционеры инбридингом улучшали, например, сорт дынь, Уильямс инбридингом усиливал тягу к спиртному, возникавшую у крыс при резком обеднении диеты. Весьма осторожно перенося результаты этих экспериментов на людей, Уильямс предполагает, что алкоголизм легко возникает у тех людей, у которых пьянство заметно способствует развитию пищевой недостаточности. С этой «какой-то пищевой недостаточностью» и связана тяга к спиртному. Это и есть *генетотрофная концепция алкоголизма* Уильямса. Уильямс (Roger Williams) видит будущую терапию алкоголизма в составлении и усовершенствовании пищевых добавок, исходя из биохимической индивидуальности больных. Эти яркие, многообещающие эксперименты на животных, однако, почти ничего пока не дают практической медицине, как и подобные эксперименты в онкологии, прежде всего потому, что человек обычно не женится на своей сестре, и генетический аппарат основательно перестраивается из поколения в поколение*. Д. Лестер (D. Lester, 1966, p. 395), другой современный аме-

---

* В роду больных алкоголизмом часто встречаются алкоголики. И. В. Стрельчук (1973, с. 227) в 1933 г. подсчитал, что у 1524 алкоголиков из 1874 (81,3%) страдали алкоголизмом отцы или матери. Однако алкоголизм не есть наследственная болезнь вроде болезни Дауна. По наследству тут передается не «ген влечения к спиртному», а предрасположенность к алкоголизму в виде определенной психофизической физиономии (как и в случае, например, сердечно-сосудистых болезней). Даст себя знать эта предрасположенность или нет, зависит от воспитания и других обстоятельств жизни. Алкоголик-сын обычно похож на отца-алкоголика характером и телесными чертами, или он похож на алкоголика-деда, алкоголика-дядю при трезвых, мало предрасположенных к алкоголизму родителях. Бывает и так, что у родителей-алкоголиков сын мало предрасположен к алкоголизму, хотя и злоупотребляет многие годы спиртным; в таких случаях обычно он и характером «ни в мать, ни в отца». Подобным образом ставится вопрос наследственности при алкоголизме и в недавно вышедшем американском капитальном исследовании по алкоголизму. Дональд Гудвин и Сэмюэль Гуз (Donald Goodwin a. Samuel Guze, 1974, p. 37) подчеркивают, что алкоголизм — «семейное расстройство» («familial disorder»), но не наследственное.

риканский биохимик, выступает против объяснения предрасположенности к алкоголизму недостатком каких-то пищевых веществ в организме: ведь алкоголик сам не заменяет спиртное какой-то потребной ему пищей. Потому следует искать в самом алкоголе то, чего нет больше нигде. По Лестеру, организмы «кандидатов в алкоголики» недостаточно приспособились использовать для своих нужд уксусную кислоту: им легче строить, например, ацетилхолин и холестерин не из уксусной кислоты, а эволюционно более древним путем — из алкоголя, испытывая потому в нем потребность*.

Психоаналитический подход

Фрейд (1922, с. 109), отец психоанализа, как известно, полагал, что половое влечение (libido) не вселяется в человека лишь в возрасте полового созревания, «как в библии сатана вселился в свиней». Согласимся, что действительно почти каждый человек может трезвой памятью увидеть в своем детстве (иногда даже до пяти лет) какие-то любовно-чувственные переживания. Но Фрейд на этом реальном факте жизни строит умозрительно-сказочную схему развития libido для каждого человека и всего человечества. Ребенок рождается сексуальным и первые 3—4 месяца жизни сексуально наслаждается сосанием материнской груди. Эрогенные зоны младенца сосредоточены в слизистой рта. Это *первая, оральная,* стадия развития полового влечения. Затем эрогенные зоны постепенно «перебираются» в слизистую прямой кишки. В слизистой рта остается их немного, лишь для поцелуев. Теперь ребенок наслаждается сексуально собственным актом дефекации и для полноты сексуального удовольствия намеренно задерживает, копит экскременты в кишке, отказываясь раньше времени сесть на горшок. Это *вторая, анальная,* стадия развития libido. Вместе с первой они составляют так называемую инфантильную, детскую, догенитальную сексуальность. Если развитие libido идет нормально, без задержки, то к трем годам эрогенные зоны концентрируются в гениталиях (*третья, генитальная,* стадия), и малыш способен теперь, подобно мифологическому Нарциссу, наслаждаться самим собой (нарциссизм) не только через сосание пальца, но и через мастурбацию. В будущем он найдет объект любви вне себя. Если libido в своем развитии задерживается (фиксируется) на «оральной стадии», может возникнуть ряд болезней, и среди них, по мнению Фрейда и его последовате-

---

* Подробный обзор работ (отечественных и зарубежных) о биологическом исследовании предрасположенности к алкоголизму см. в книге Портнова и Пятницкой (1971, с. 300).



лей, — нутряная тяга к алкоголю, к инфантильному сексуальному наслаждению от раздражения эрогенного рта алкоголем. У такого рода пьяницы возникает от алкоголя, по словам С. Радо (S. Rado, 1926), «фармакотоксический оргазм», т. е. то, чего он ищет. Предрасполагает к алкоголизму и задержка (фиксация) libido на «анальной стадии». Тут пьянство выступает как скрытый гомосексуализм: «алкоголик пьет в большинстве случаев в обществе людей своего же пола», «избегает присутствия женщины за столом в это время» (П. Шильдер, 1928, с. 156). Этот скрытый, «платонический», неосознаваемый гомосексуализм может в опьянении «прорваться» в натурально-неприкрытый гомосексуальный акт (К. Абрахам — K. Abraham, цит. по Виссу — R. Wyss, 1960, S. 277). Ж. Амадо (G. Amado, 1939) соглашается с другими авторами в том, что пьянству сына алкоголика способствует его неосознанно-гомосексуальная привязанность к обожаемому отцу. Психоаналитики вульгарно-социологического направления, понимающие социальные факторы как единственные и абсолютные причины болезней (К. Меннингер — K. Menninger, 1938, p. 149; Д. Маерсон — D. Myerson, 1959), считают, что причина алкоголизма, например, в том, что будущего алкоголика в свое время слишком рано «оторвали» от материнской груди. Потому и возникла «оральная фиксация». Теперь такой субъект бессознательно стремится «доудовлетвориться» орально через пьянство. «Алкоголик-наркоман, — замечает К. Меннингер (1938, p. 149), — часто обаятельный, милый парень, который не взрослеет». «Точно так же, как оторванный от груди младенец, чтоб утешиться, сует в рот кулачок, игрушку, так и он утешается алкоголем». Алкоголь не только заменяет наслаждение, в котором этому парню отказали в младенчестве. Алкоголь еще приглушает неудовлетворенную потребность любви или открывает возможность пережить ее в других формах (гомосексуальный контакт, проституция и т. д.). Наконец, «будущий алкоголик» мучается бессознательным желанием убить родителей за то, что не дали ему в младенчестве досыта насладиться орально, и в то же время боится их потерять. Остается мстить родителям за все через саморазрушение алкоголем. Австрийский автор Навратил (L. Navratil, 1958, s. 103), обнаружив в рисунках алкоголиков много «женских фигур», полагает, что это все символы матери, рано оторвавшей ребенка от груди (конфликтная ситуация, возникшая в раннем детстве и породившая тягу к алкоголю).

Так называемые «культурные» психоаналитики, критикующие Фрейда за пансексуализм, объясняют происхождение алкоголизма, хотя и «культурно», но не менее символи-

чески-умозрительно. Например, В. Эппельбаум и Ш. Страссер (1914, с. 273) в соответствии с концепцией Адлера считают, что заболевает алкоголизмом человек, бессознательно стремящийся оглушить себя, дабы забыть, что не достиг власти.

Клинический подход

Клиницисты с давних пор высказывали свои соображения о психологических и психопатологических моментах, предрасполагающих к хроническому алкоголизму. Бонгеффер (K. Bonhoeffer, 1901), Э. Блейлер (E. Bleuler, 1920), Меггендорфер (F. Meggendorfer, 1928), Барюк (H. Baruk, 1950) говорили здесь о слабоволии, безудержности, дебильности. Назывались тут «беззаботное веселье», неустойчивость настроения со склонностью к грусти, печали (Леонгард — K. Leonhard, 1959, Ширмер — S. Schirmer, 1964, Лаубенталь — F. Laubenthal, 1964, И. И. Лукомский, 1970, с. 5), внушаемость, ранимость, тревожность, неприспособленность к практической жизни, «инфантильность» (Гофф — E. Hoff, 1961, А.Н. Молохов и Ю.Е. Рахальский, 1959, с. 10, Г. К. Ушаков, 1959, с. 14), независимость, агрессивность (А. Уильямс — A. Williams, 1967). Многие авторы писали, что к алкоголизму особенно предрасположены некоторые типы психопатов. Делались попытки живых описаний личности будущих алкоголиков. Описания эти отличались нередко клинической расплывчатостью. Так, Тибу (Tiebout H., 1954, p. 610) замечает, что спиваются легко «личности с раздутым Ego, с «ощущением всесилия» («omnipotence»), «с избыточной напористостью», делающие все стремительно и поспешно, без раздумий, напыщенные, важные, самоуверенные, «толстокожие», не думающие о других, эгоцентрики. Они «бездумно пашут (plow) по жизни в погоне за всевозможными удовольствиями». Джеллинек (Jellinek E., 1960) считает, что к пьянству предрасположены «недостаточно организованные» личности — не способные справляться с тревогой, напряжением социально приемлемыми путями, без спиртного (чем ниже организация субъекта, тем выше его потребность в облегчении искусственным путем). Однако для возникновения хронического алкоголизма пьянство должно сочетаться с наследственной физиологической предрасположенностью.

В 20-х годах XX века Э. Кречмер (Kretschmer E., 1924, s. 164) и Жислин (1935) описали здоровый характерологический вариант синтонного грубоватого шутника, легко

---

* См. об этом подробнее в работе 6.5.

делающегося «синтонным алкоголиком»*. Однако о склонности к алкоголизму других «характерологических вариантов» Жислин (1965, с. 272) говорил весьма осторожно. Он даже полагал, что в смысле предрасположенности к алкоголизму «большее значение, чем основной тип личности, как у психопатов, так и у непсихопатов, имеют, может быть, некоторые отдельные черты и компоненты. Они, возможно, имеют известное значение в отношении «сопротивления», оказываемого влиянию среды, вновь вырабатываемым влечениям, привыканию. Черты неустойчивости, «слабоволия», иногда и не резко выраженные, играют, видимо, здесь определенную роль. Такую же роль, возможно, играет наличие того или иного дисфорического, напряженного аффективного фона — черты в большинстве случаев психопатической, но неспецифической для одной какой-нибудь группы. Видимо, эти особенности в отдельности, а еще больше в сочетании имеют большее значение в генезе хронического алкоголизма, чем основной склад личности больного или тип психопатии». Эти сомнения Жислина объясняются, думается, еще недостаточно тонко разработанными критериями в пограничной психиатрии и в типологии здоровых характеров. «Дисфорический, напряженный аффективный фон» все же специфичен для эпилептоидного (возбудимого) психопата или здоровой эпитимной личности. Даже у органического психопата с эпилептоидными чертами эта дисфоричность легче спадает и проникнута особой «органической» грубостью. В случае же астенической или психастенической психопатии это только внешне похоже на дисфоричность, а на самом деле — раздражительность с некоторым привкусом злости, тут же истощающаяся. Точно так же в донозологическое время врачи полагали, что галлюцинации, бред, тоска (меланхолия) есть самостоятельные болезни; потом же выяснилось, что они имеют свою специфику при шизофрении, пресенильном психозе, органическом мозговом расстройстве и т. д. И выходит, что одни субъекты с «синтонностью» делаются алкоголиками легко, другие, тоже с «синтонностью», — трудно. Даже некоторые субъекты с явной «неустойчивостью», но в структуре эгоцентрически-истерического склада, мало предрасположены к алкоголизму. Потому, видимо, Визер (Wieser S., 1953, s. 169) в работе «Алкоголизм 1940–1959 (обзор 582 источников)» резюмирует, что «не существует специфических предрасполагающих к алкоголизму психических структур». Если не вникать клинически в тонкости конституционального душевного рисунка (склада), не подбирать для исследования достаточно многочисленные однородные группы (душевно-

больные, «пограничные», «нормальные»), а ограничиваться лишь констатацией грубых характерологических расстройств и особенностей в изолированном виде, то невозможно, конечно, увидеть, хотя бы смутно, сквозь «магический кристалл» врачебного опыта контуры людей, особенно предрасположенных к алкоголизму. Так, М. Блейлер (Bleuler M., 1955, p. 137, 142), надеясь найти благоприятную личностную почву для хронического алкоголизма, обследовал 50 «интеллигентных больных», мужчин и женщин (врачи, писатели, журналисты, священник, медсестры). Тут были и «явно патологические», и «пограничные», и «нормальные» личности. У одних, «явно патологических», отмечена до алкоголизма склонность к депрессивным состояниям (циркулярной, шизофренической, психопатической природы), у других — тяжелый навязчивый невроз, у третьих — склонность к истерическим реакциям, у четвертых — тревожность, застенчивость, замкнутость (при сильном желании сломать свою внутреннюю изоляцию и общаться с людьми), недостаток интересов, колебания настроения, постоянная неудовлетворенность всем («мне все противно»). У «пограничных» отмечены то «легкие навязчивости», то инфантильные черты, то «легкие гомосексуальные тенденции», то «некоторая социальная безответственность с эгоистическими и материальными устремлениями», то преждевременная эякуляция. «Нормальные» субъекты отличались до алкоголизма или синтонностью, жизнерадостностью и в то же время малой самостоятельностью, или «замкнутостью и застенчивостью, но не настолько тяжелыми, чтобы омрачать жизнь», или «педантичностью в пределах нормы, но с легким оттенком навязчивости». Естественно, что у М. Блейлера при таком методе исследования создалось впечатление, что «любая личность может быть почвой для хронического алкоголизма». Правда, выяснилось, что еще до алкоголизма у «подавляющего большинства субъектов половая жизнь (и особенно способность любить) была хронически резко нарушена» (половые извращения, онанизм и пр.). Например, один «жизнерадостный», «синтонный» субъект так привык к «половому разнообразию», что не мог жениться. Мне думается в связи с этим, что небесполезно продолжать небезуспешные попытки (например, молодого Жислина) описывать предрасположенные к алкоголизму характерологические (личностные) варианты. 10 лет назад я отобрал из полутора тысяч больных алкоголизмом мужчин, по мере того как принимал и лечил их в психоневрологическом диспансере, 100 человек, душевноздоровых в прошлом, но ока-

завшихся особенно предрасположенными к алкоголизму (сделались алкоголиками не более чем через два года систематического пьянства). Удалось подробно расспросить родственников больных о доалкогольном характере и поведении пациентов. Постепенно в обстановке нескольколетнего клинического исследования и лечения 99 больных из 100 разделились на 5 групп по сходству преморбидной личности, течению болезни, ее картине и прогнозу: 1) *«простодушные», примитивные (духовно-ограниченные)* личности, ставшие *«простодушными», примитивными алкоголиками* (65 человек); 2) *ювенильно-неустойчивые личности*, ставшие *ювенильными алкоголиками* (11 человек); 3) *грубовато-эпитимные личности*, ставшие *эпилептоидными алкоголиками* (12 человек); 4) *астенические личности*, ставшие *астеническими алкоголиками* (6 человек); 5) *грубоватые синтонные шутники Э. Кречмера и С.Г. Жислина*, ставшие *синтонными алкоголиками* (5 человек) (см. работы 6.3, 6.5, 6.6).

О предрасположенности к хроническому алкоголизму больных иными заболеваниями

Шизофрения. Значительно предрасположены к особому своей атипичностью хроническому алкоголизму больные психопатоподобной шизофренией (с расторможенностью влечений). Нередко спиваются и больные вялотекущей шизофренией с психастеноподобной картиной, в которой отчетливо звучат субдепрессии на фоне мягкой инфантильной беспомощности (см. работы 6.11, 6.12). В то же время больные параноидной шизофренией нередко много лет пьянствуют без признаков хронического алкоголизма, предпочитая смягчающий их алкоголь нейролептикам. Больные вялотекущей шизофренией с безбредовыми сенестопатически-аффективными ипохондрическими расстройствами довольно часто пьянствуют с похмельными абстинентными явлениями в годы шизофренического «продрома», но после дебюта — острого вегетативно-аффективного приступа, пронизанного деперсонализационной жутью непоправимой душевной катастрофы, — нередко совершенно перестают пить на долгие годы (см. работу 5.6).

Органические заболевания мозга. Органическое повреждение мозга любой природы (травматической, инфекционной, атеросклеротической и т. д.), безусловно, усиливает предрасположенность к хроническому алкоголизму, и, видимо, многим из нас приходилось в жизни констатировать, что какой-то человек, «благополучно» злоупотреблявший алкоголем ряд лет, быстро делался алкоголиком, получив серьезную травму головы.

Эпилепсия. Эпилептики по-разному предрасположены к алкоголизму. Среди них есть пьянствующие и трудно спивающиеся. Вариант легко спивающихся больных эпилепсией мастерски убедительно описан В.Е. Смирновым (1970, с. 103): «...они не ханжи, скорее бесхитростны, больше раздражительны, чем мстительны; чаще ребячливы, чем слащавы, угодливы. Вне каких-либо узких конкретных интересов, могущих быть ущемленными, добродушны, смеются порою с беспечностью, несмотря на внешнюю сдержанность, солидность. На их угрюмости лежит налет сентиментальности, иногда фамильярности, что может быть привнесено алкоголизмом».

Циркулярный психоз. Как известно, нередкое пьянство в фазе циркулярного психоза не приводит к хроническому алкоголизму. Портнов и Пятницкая (1971, с. 263) утверждают, что им не известны случаи развития алкоголизма как болезни и в межфазном промежутке у этих больных.

Реактивные состояния. Широко известное народное выражение «спился с горя», безусловно, жизненно. Реактивная депрессия отличается от эндогенной, в частности, именно этим. Особенно опасно в реактивном состоянии прибегать к вину неустойчивым, астеническим, эпилептоидным психопатам, а также людям со здоровым личностным преморбидом ювенильного (инфантильного), астенического и эпитимного склада. Реактивная депрессия (и просто тревожно-депрессивная реакция) может в несколько раз увеличить толерантность к спиртному, приходится выпить непомерно много, чтобы «залить тоску», и больной, в течение нескольких месяцев систематически обильно «пропитывающий» себя алкоголем, нередко выходит из реактивного состояния уже с абстинентным похмельем.

Неврозы. Больные неврозами (в узком, клиническом смысле этого термина) нередко смягчают свое состояние алкоголем, но довольно редко делаются хроническими алкоголиками (Деглин В.Я., Каменецкий С.Л., 1973; Колосов В.П., 1974). Тут видимо, известное значение имеют не столько сами невротические структуры (истерические, фобические, неврастенические), сколько, безусловно, связанные с ними, даже определяющие их, но сами по себе первичные личностные преморбидные структуры, хотя и усиливающиеся в неврозе. А.С. Слуцкий (1974), изучавший спившихся невротиков с анксиозными расстройствами, например, отметил, что «по характеру все эти больные являлись боязливыми, неуверенными, слабовольными». Могу добавить, что истерический невроз чаще сочетается с алкоголизмом в случае преобладания неустойчивости, мягко-

сти, податливости, душевности в ювенильном характере над холодным эгоцентризмом.

Психопатии. См. работу 6.7.

Хронические соматические заболевания. Нередко соматическое хроническое ослабление без выраженного тошнотно-рвотного отношения к небольшим дозам алкоголя увеличивает шанс сделаться алкоголиком даже при «скромных», но частых выпивках. Однако вопрос этот почти не изучен, особенно в смысле влияния на предрасположенность к алкоголизму определенных нозологических единиц.

Итак, что же есть причина хронического алкоголизма у данного больного? Алкоголь? Большая или меньшая предрасположенность к болезни? Ни то, ни другое в отдельности. Всякая причина есть сама внутри себя взаимодействие. Только «взаимодействие является истинной causa finalis вещей» (Гегель — цит. по И.В. Давыдовскому (1962, с. 12)). Подобно тому, как горящий дом порожден взаимодействием огня и строительного материала, больной алкоголизмом порожден взаимодействием алкоголя с той почвой (здоровой или патологической), на которую алкоголь падает. Невозможно сказать, что сильнее во взаимодействии, если это взаимодействие уже существует. Если строительный материал не горит, то изучаемого взаимодействия просто нет. Но если загорелось, невозможно установить, что в этом горении главнее, активнее, первичнее — материал или огонь. «Взаимодействие исключает всякое абсолютно первичное и абсолютно вторичное» (Ф. Энгельс). «Этиология (причинность) — это не отдельно взятая вещь, — утверждает Давыдовский (1969, с. 26), — это всегда процесс, ***отношение*** вещей на реальных основах их взаимодействия». Один материал может сопротивляться огню сильнее, нежели другой, но в том и другом случае более или менее интенсивный процесс горения уже причинен взаимодействием, каковым и является сам. Причина алкоголизма у данного больного — взаимодействие алкоголя с его преморбидной душевнотелесной организацией, могущее образовать этот алкогольный процесс. Что же касается условий алкоголизма, то это всевозможные препятствия или потворства встрече более или менее предрасположенного к алкоголизму человека с алкоголем (социальные преобразования, «питейные обычаи», воспитание, пьяная компания и т. д.).

Будущая профилактика алкоголизма, несомненно, упирается в изучение предрасположенности к этому заболеванию. Словами Блейлера-отца, сказанными более 50 лет назад, «мы не можем определить, почему один пропивает преимущественно печень, другой сердце, третий регуляцию

обмена веществ, четвертый мозг, пятый все вместе, и почему многие другие недурно переносят те же количества алкоголя, не становясь алкоголиками в нашем смысле» (Блейлер Э., 1920, с. 195). Но все же теперь яснее заметны биологические и душевные контуры особенно предрасположенных к алкоголизму людей и есть возможность объединить научные силы — физиологические, биохимические, генетические, психологические, клинические, — дабы исследовать эту предрасположенность как можно полней, глубже, более цельно для насущной пользы человеку.

6.5. О некоторых личностных вариантах алкоголиков в связи с психотерапией (учебное пособие для врачей) (1973) [7)]

При углублении истинной алкогольной деградации (психоорганического синдрома алкогольного происхождения) различные по преморбидным личностным свойствам алкоголики делаются все более похожими друг на друга, как и другие больные с глубоким органическим повреждением мозга (прогрессивный паралич, травма головы и т. д.). Походят друг на друга деградированные алкоголики четко выступающими чертами психоорганического синдрома — ослаблением памяти, затруднением мышления, эмоциональной слабостью, астеничностью — на фоне смазанной разрушением нивелированной личности. Алкогольная деградация, однако, наступает постепенно, как правило, через много лет болезни — тогда и терапевтические наши успехи чересчур скромны. Следует стремиться лечить алкоголика как можно раньше, когда он далек еще от личностной разрухи, когда отмечается лишь некоторое алкогольное заострение или огрубление преморбидных личностных свойств, окрашенное обычно раздражительной слабостью и вегетативными дисфункциями. Весьма понятным в связи с этим представляется, как важно психиатру-психотерапевту, врачующему алкоголиков, знать хотя бы некоторые, часто встречающиеся личностные типы (варианты) недеградированных алкоголиков для индивидуального терапевтического подхода.

Самый известный в психиатрической литературе вариант алкоголика — ***синтонный**** ***алкоголик***, описанный гер-

* Большую естественность, отзывчивость, доступность, способность широко, искренне сочувствовать людям, способность к щедрому душевному созвучию со многими людьми Э. Блейлер назвал «синтонностью». К. Юнг назвал это «экстравертированностью» («обращенностью вовне»).

манским психиатром Э. Кречмером (1924) и нашим психиатром С.Г. Жислиным (1927)*. Оба этих классических автора высокой клинической проникновенностью, мастерскими описаниями весьма друг друга дополняют. Э. Кречмер (1930, с. 225) в книге «Строение тела и характер» (1921)** уже отчетливо дал личностный преморбид этих алкоголиков под названием *«беспечные любители жизни»* (вариант «циклотимических средних людей»)***. «Здесь, — отмечает Э. Кречмер, — заметна склонность к доброжелательной душевности, но без глубоких мыслей и серьезности. Напротив, здесь на первый план выступает удовольствие в материальном, чувственно осязаемом и в конкретных благах жизни». Эти «посредственные циклотимики» «добросердечны, солнечно-дружелюбны, человечески-уютны и обходительны, при этом склонны к флегматичности, душевному спокойствию», не суетливы, не нервозны; «за этим скрываются известные черты филистерства, беспечная удовлетворенность скромными благами жизни и банальными повседневными разговорами, размеренная, спокойная жизнь, отсутствие напряжения, пафоса, (...) высших целей». «Чаще всего мы встречаем этот тип в качестве постоянных посетителей мелких трактиров и ресторанов...». Позднее (1924), в другой книге (Kehrer, Kretschmer, 1924, с. 164) Э. Кречмер пишет, что эти добродушные, любящие общество, компанейские филистеры пикнического телосложения, наслаждающиеся материальной жизнью, могут благодаря своему психическому складу «вскальзывать» («hineingleiten») в алкоголизм. Жислин (1927; 1935, с. 65), описывая «синтонных алкоголиков», отмечает: «Характеристика синтонной группы наших алкоголиков целиком совпадает с краткой, но исчерпывающей характеристикой, данной Кречмером. Этот тип веселого собеседника, говоруна и шутника, жизнерадостного, наслаждающегося материальными благами жизни, душевного, отзывчивого и мягкого, несмотря на некоторую алкогольную грубоватость, пьющего потому, что он привык пить и любит пить, от которого мы не слышим ни слова о каких-либо тяжелых конфликтах, неудачах, чьих-либо происках, как причинах его пьянства, который вообще никого не ви-

* Первая публикация статьи Жислина «О шизоидных и синтонных алкоголиках» — на немецком языке в Zeitschrift für die Neur. und Psychiatrie, 1927. 110.

** Год первого издания книги.

*** «Энергичные практики» (Э. Кречмер) — другой вариант циклотимических средних людей» с тягой к деятельности (чаще организаторской) — спиваются реже, хотя тоже гурманы, не прочь выпить, любители пикников.

нит. Если в первый день, еще в пьяном виде на приеме у врача, он иногда склонен неуверенно ругнуть жену, то он тут же, при первом возражении врача, отказывается от своих слов и всю вину целиком берет на себя. Это больной, не мыслящий себе выпивки без компании, постоянно душа этой компании, наполняющий ее атмосферой веселья, шуток и благодушия, бегущий, как от огня, от скандалов, ссор и драк, вызывающий часто неудержимый смех даже у собственных родных, более других страдающих от алкоголизма больного».

Зримые образы синтонных алкоголиков с их кола-брюньоновской любовью к «мясистым радостям» находим в художественной литературе (шекспировский Фальстаф, гоголевский Ноздрев). Они обыкновенно пикнического телосложения, и от них веет духом героев Рабле*. Они смешат всех беспечным грубоватым юмором до болезни и в болезни. Этот юмор отнюдь не производится (наживается) алкоголем, а лишь усиливается, огрубляется. П.Б. Ганнушкин (1964, с. 247) отмечал, что «алкогольный юмор» «не является последствием алкоголя, а в гораздо более значительной мере, если не исключительно, обязан своим происхождением той почве, на которой в соответствующих случаях развивается алкоголизм». Всегда довольные собой, любящие поесть, балагуры, они пьют спиртное (еще до болезни) для удовольствия, веселья, «чтоб лучше поесть», только в компании. Аппетит не пропадает тут у многих и в абстинентном похмелье. Обычно, даже уже в болезни, не напиваются они до наркоза, пьют по стакану водки несколько раз в день. Этим возможно отчасти объяснить сравнительную мягкость похмельного абстинентного синдрома и редкость запоев. Поэтому, видимо, синтонные алкоголики реже других обращаются к врачу (большинство алкоголиков соглашается лечиться, чтоб «загладить» прогул по причине запоя). Однако возле магазинов с водкой нередко приходится их встречать.

Трудно лечить таких пациентов. С.И. Консторум (1962, с. 199) наблюдал при врачевании алкоголиков без «сложных, трудных коллизий», «синтонных, общительных, любящих жизнь», плохой психотерапевтический эффект, хотя контакт создается тут с первого знакомства. Собственный опыт подтверждает этот некоторый пессимизм Консторума. Однако, чем крепче помогают врачу родственники, тем лучше идет дело. Синтонные алкоголики, органически «сросшиеся» со

* «Помидором» прозвали школьники одного такого алкоголика, своего учителя, за благодушие, большой живот и красное круглое лицо.

своим алкоголизмом, но с живым, теплым чувством к близким, обычно лечатся только «в угоду любящей мя жены», «чтоб старуха не ругалась» и т. п. Близким такого алкоголика нередко приходится «выдерживать бой», когда настает время идти к врачу или принимать таблетку. А в кабинет врача входит он с веселыми словами «все таблетки поели!» — будто усердно лечится. Коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия больных алкоголизмом по В.Е. Рожнову, предполагающая непременное лечебное разъяснение и решительное активирование в серьезной обстановке спасения утопающего, благодаря, кроме всего прочего, 96° спирту-ректификату, практически почти исключает «неподдающихся» и здесь. Но выработанная тошнотно-рвотная реакция на вид, запах, вкус алкоголя, на мысли о спиртном без систематического подкрепления гаснет тут быстро, а «притаскивать» гурманов на рвотное подкрепление — проблема. Во всяком случае методику В. Е. Рожнова или психотерапевтические беседы с антабусотерапией должно основательно здесь «пропитать» теплым контактом (чтобы стеснялся подвести доктора), большим терпением и стойкостью родственников.

Случай 1

Больной М., 62 года, 1910 г. рождения, грузчик.

По рассказам родственников больного, отец его (еще до рождения М.) был «тяжелым пьяницей», умер в старости пьяный — от кровоизлияния в мозг. Дед по отцу тоже «тяжелый пьяница», у него, как и у отца, руки переставали трястись после опохмеления. Мать «держала шинок», каждый день много лет была пьяная, похмелялась по утрам, чтоб не дрожали руки, до самой смерти (недавно умерла в 82 года) «за обедом стопочку пила». Младший брат больного, очень похожий на него телесно и психически, тоже алкоголик. Как рассказывают родственники, оба брата, их мать, отец, дед похожи друг на друга телосложением («у всех большие животы и круглые лица»), большой подвижностью, веселостью, общительностью, естественностью, заразительным смехом. Две младшие сестры больного «такие же», любят выпить, но пьют лишь в праздники.

М. родился в рязанской деревне от первой беременности, в срок, легко, от пьяной матери, «под копной». И в беременности, и при кормлении сына грудью мать «закладывала». С малых лет очень живой, общительный, веселый, добрый, душевный, много и с удовольствием помогал по хозяйству. Как вспоминает больной, «в школу ходить было некогда», родители не послали, сам выучился читать и немного писать. Книг читать никогда не любил («скучное

дело!»), любил «живую жизнь». Хорошо помнит себя с 8 лет, «как князя Щетинина разгромили». Сколько помнит себя, всегда было ему весело жить. С самого детства «шутка на шутке», «все вокруг хватаются за животы». В праздник и вечером «после трудов» любил играть в шашки, «в яйца на пасху». Терпеть не мог быть один («один сидишь — спать захочешь, один долго не посидишь»). Среди людей все время шутил («Куда ж деваться! Если не шутить, как же жить, без этого нельзя, с разговорчиками веселей! А что за человек, который не разговаривает, как пенек!»). Что любил, что нравилось в жизни, то и делал: любил всегда поесть — ел, любил потом выпить — пил. До 10 лет переболел в легкой форме корью, скарлатиной, воспалением легких, малярией. Всегда разговорчивый, естественный, откровенный, доверял, однако, не всем («которые обманщики, тем не доверяю, изучил»). Но скрывать свои мысли и чувства было всегда трудно, «просилось наружу», сильно хотелось накричать, обругать, расхохотаться. Обругав кого-нибудь, быстро успокаивался, «проходило все зло». Легко «выходил из себя» («собака и та серчает, если подразнишь»). Обиду прощал легко, «осадка» не оставалось. Всегда любил «от души» помочь любому человеку. Робости и стеснительности не знал никогда. Очень не любил писать письма, хотя очень любил разговаривать. Всегда слегка и безобидно хвастался. До 20 лет жил в деревне, выращивал и продавал на базаре табак. С 20 до 23 лет служил в Красной Армии. Потом поселился в Москве, женился, работал «кем проще и спокойнее» (грузчиком, кочегаром, вулканизатором, слесарем). Со всеми умел ладить и жить в дружбе. Жил в дружбе и с женой, хотя часто изменял ей. Много обманывал в детстве и в зрелые годы, но «так безобидно и наивно, что трудно было на него сердиться». Раз в молодости, в церкви, жена случайно подслушала, как, исповедуясь священнику, признался, что изменил ей. Стала потом спрашивать об этом — отпирался («ничего такого я не говорил»). «Так смешно отпирался три ночи, что смеялась и не могла рассердиться на него». Всегда веселый, довольный собой, наивно хитрый, не любил командовать, подчинялся родителям, с которыми всегда ладил, потом подчинялся жене («что хозяйка скажет, то и будет»). Имеет двух дочерей (30 и 20 лет), дочери здоровы. Отличался большой физической силой. «В 35 лет 12,5 пудов на третий этаж брал спокойненько». «Старался не драться, а то могу убить, если вдарю». После детских инфекций «ничем серьезным, кроме насморков, не болел». Всегда любил наслаждаться жизнью, искренне считал это главным в своей жизни. С наслаждением ел «вкусное», наслаждался тем, что хорошо поспал. В 18 лет

«вошел во вкус любви» и с тех пор «сильно охоч до баб». Любил всегда природу, «какая бы ни была природа, собака, кошка, но особенно лошадку, я в армии 3 года на ней катался». Отличался всегда практичностью и аккуратностью, что подтверждает и его жена. «У меня все дивуются насчет порядку, куда ни пойди — все на месте, хозяйки, как заходят, удивляются». К общественным делам никогда заметно не тянулся. «Я на них не обращаю внимания, я на это дело малограмотный, мое дело поесть, посмеяться, поспать, выпить». Способен был раньше и способен сейчас трезво признать свою вину (хоть и с шуткой), но что такое сомнение, самоанализ — не может понять: «Что ты, батюшка! Сомнения? Я их не умею, я их не учил. Это не хорошо, это не "гуд"!»

Систематически злоупотреблять алкоголем стал с 24 лет, после службы в армии. Любил выпить и раньше. Еще в 20 лет заметил, что «крепок на водку». Пил для того, чтобы еще лучше поесть (поесть очень любил). После армии почти каждый день выпивал за обедом, за ужином или даже за завтраком по 0,5 л водки, «пьяным не делался, только еще веселей и еще больше ел». После 0,5 л водки грузил, кочегарил и никто не замечал, что выпил. Через 1−1,5 года после армии (25−26 лет) жена заметила, что стал «плохо, пуганно спать», часто просыпался после выпивки, чего-то боялся («а раньше храпел, как лев»). Через 2 года после армии (26 лет) уже «лечил» по утрам дрожь в руках и боязливость опохмелением. Не отказывал себе в опохмелении. «Что ж делать! Тело требует, кишки тянут. Давай, давай, выпей! Как магнитом тянет». Пил всегда только водку («что с вина толку-то!»). Перед войной выпивал ежедневно около 1 л водки в день «для аппетита» и, действительно, выпив, прекрасно ел. Если полдня-день не пил, делался раздражительным, злым, придирчивым. Выпив, становился «веселым добрым юмористом».

В начале войны (август 1941 г.) попал в плен. Работал там в тяжелых условиях (рудники), освобожден только в 1945 г., в плену не удалось выпить ни капли спиртного, сперва очень «скучал» по водке, потом «привык». Вернувшись на родину, работал грузчиком, ассенизатором и почти каждый день опять был пьян. По утрам «трясся» и непременно опохмелялся. 17 лет назад (45 лет) поступил работать в «трест очистки»; подобранные во дворах выброшенные вещи сдавал утильщику, стало больше «вольных» денег, стал пить больше 1 л водки в день. Продолжал, однако, обильно с удовольствием закусывать. Ни разу в жизни не было рвоты. Не отмечено до сих пор ни одного истинного запоя, ни одного прогула, ни разу не был в вытрезвителе. 14 лет назад (48 лет, 22-й год болезни) жена заметила, что в пьяном виде становится «дурной» (раньше пьяный

был веселый, покладистый). «Гневный, как зверь», придирчивый, «бешеные глаза». Поест и кричит жене: «Ты мне есть не даешь!» Ночью не спит, стаскивает с жены, дочери одеяло, хватается за нож, без оснований ревнует жену. Не раз в пьяном виде бросал в мусоропровод обед, ужин. Однажды пьяный бегал за женой и дочерью с топором, грозился порубить. Протрезвев, не мог этого вспомнить. Вообще последние 10 лет болезни многое, что творил пьяный, забывает независимо от количества выпитого. Последние 3–4 года болезни кричит по ночам, что «бегут за окном черти», просит жену смотреть на них вместе с ним, стал пропивать вещи, когда жена лежала в больнице, пропил ее пуховый платок, пил и суррогаты (денатурат, резиновый клей БФ и пр).

На работе всегда был «на хорошем счету» и лечиться в диспансер пришел впервые в 1968 г., «чтоб уважить бабку, чтоб не ругалась». Лечился амбулаторно антабусом (0,15 на ночь) 2 года, но лекарство принимал, по-видимому, в основном благодаря уговорам и ультиматумам жены. Часто ругался, что нельзя ему пить. Когда в дом приходили гости и пили спиртное, обиженно уходил на балкон и стоял там.

В кабинете диспансера благодушен, часто заразительно хохочет, балагурит все время. «А чего тужить-то! Все равно помирать! Самое основное пошутить да покушать». Очень общителен, добродушен. «Друзей много ли? Вся Москва моя!» На конференции так объяснил женщинам-врачам, откуда у него «вольные» деньги: «Вот ты выкинула пальто, она — кофточку, она — куртку, а я все — в мешок. Так оно и идеть. Везем к утильщику — 10 рублей на троих. Ну так она и пошла колесом. А сейчас хрю-хрю обеспечиваем, помои собираем». Довольно тепло относится к жене и детям. «Дети да бабка — кого ж мне еще любить!» Начав лечиться, стал после работы «от нечего делать» читать книги. Читает их часто с середины, не помнит ни названий книг, ни писателей. «А, я все эти книги жизнью прошел!» Газет не читает. «Газеты? А, все исписанные». Объем знаний — житейский. Переносный смысл пословиц понимает хорошо. Довольно хорошая память. Больным алкоголизмом себя не считает. Шутит по всем поводам. Почувствовав половую слабость, сказал жене: «Все, бабка, отбаловались мы с тобой. Не хватает силы вращения крови». Оживляется в разговоре о выпивке так, что не может спокойно сидеть на стуле, причмокивает, прищелкивает пальцами. «Какое вино лучше? Какая бутылка? Бутылка она мокрая и все тут!» Однажды в очереди у дверей кабинета в шутку стал «отчитывать» жену при других больных и их женах: «Я сколько раз тебе говорил, не пей, а теперь вот ходи с тобой по врачам! Вот будешь одна

ходить!» Жена больного рассказывает, что и до болезни он часто «откидывал подобные номера». Больше 4 лет уже держится без капли спиртного, хотя антабус не принимает больше года. Приезжает последние года два ко мне с женой раз в 2—3 месяца. Как рассказывает жена, ждет этих встреч, чувствуя в них важную опору. Сам шутливо заявляет, что через 2 месяца начинает «скучать» по доктору, потому что «охота побалакать про жизнь». Все легче и тверже чувствует себя в алкогольной обстановке (например, в гостях у родственников), да и стараются с женой не ходить в гости. Работает, нянчит внука, смотрит телевизор, «со старым покончено совсем», стойко вынес в этом году два соблазняющих натиска собравшихся из разных мест родственников (похороны брата, потом похороны матери).

Пикнического телосложения.

Знаков органического поражения мозга неврологически не отмечается. Диагноз терапевта: гипертоническая болезнь (обнаружена 6 лет назад).

Наряду с «синтонными алкоголиками» Жислин описал как их антиподов «шизоидных алкоголиков». Однако под шизоидностью он здесь понимал, видимо, лишь малодоступность и потому справедливо отказался в последней своей книге от «шизоидных алкоголиков» («в действительности данная группа оказалась весьма сложной и полиморфной по своему составу» (Жислин, 1965, с. 271).

Некоторую противоположность синтонным алкоголикам составляют ***астенические алкоголики***. Они еще до болезни отличаются астеническим складом — ранимым самолюбием с чувством неполноценности, что выражается конфузливостью, боязливостью, робостью, нерешительностью, стеснительностью, тревожностью, мнительностью, застенчивостью. Они аккуратны, порядочны, боятся ответственности. Трудно сходятся с людьми, медленно привыкают к человеку, но привыкнув, привязываются крепко. Нередко жалуются, что им трудно найти с обществом общий язык. Любят свой дом, свободное время обычно проводят в семье. В одиночестве скучают, а обществом тяготятся. Меланхоличные, добрые, непрактичные «тугодумы», пассивные, покорные, ипохондричные, любят природу, животных. Некоторым из них нравится читать книги «про жалостное». Смирные, тихие, слабовольные, они весьма малодушны. В детстве боятся учителя, краснея отвечают урок перед классом, вообще отличаются вегетативной неустойчивостью. Потом робеют «начальника». Упрек, насмешка надолго их ранят. Впечатлительны: от вида крови, похоронной процессии нередко бывают у них

обмороки. Подобных людей еще в прошлом веке описывал французский психолог Рибо под названием «характеры смиренные» (les humbles). Отмечал у них «посредственный ум, отсутствие энергии, преувеличенную чувствительность». «Робость является господствующей в них нотой...» (Рибо Т., 1899, с. 32). А.Ф. Лазурский (1923) назвал таких людей «покорно-деятельными». Подобно гоголевскому Акакию Акакиевичу, они внушаемы, трудолюбивы, застенчивы, робки, конфузливы в обществе; эти «исполнители с развитым чувством долга обязанности свои знают хорошо, права представляют плохо»; «непритязательность и умение довольствоваться немногим, в связи с отсутствием эгоизма и нетребовательностью по отношению к другим, делают этих людей часто довольно симпатичными, хотя вместе с тем и жалкими». Наконец, Лазурский остроумно подмечает, что «несмотря на столь развитую способность к самоограничению, бывают у этих людей свои небольшие страстишки, скрашивающие их неприглядную, однообразную жизнь. Чаще всего здесь приходится встречаться со склонностью к выпивке» (с. 77). Понятно, в тех случаях, когда астенический склад усилен, заострен до патологии, психопатии, следует говорить уже об *астенических психопатах* Ганнушкина* — робких, малодушных, застенчивых людях, «главными чертами которых являются чрезмерная впечатлительность, с одной стороны, и резко выраженное чувство собственной недостаточности — с другой» (Ганнушкин П.Б., 1964, с. 137). Подобные характеры, наконец, прекрасно описаны в русской художественной литературе (например, пушкинский станционный смотритель).

Алкоголь делает их смелее, разговорчивей. Они обыкновенно начинают выпивать по вечерам, чтоб не тревожили неприятные воспоминания прожитого дня, чтоб повеселеть, чтоб не волноваться на танцах, в гостях. Значительное огорчение, тем более горе, сталкивает их в пьянство. Похмельный абстинентный синдром, даже слабо выраженный, переносится тут весьма тяжело, загружен самообвинением, тревогой и вегетативными дисфункциями. Тяжело им не опохмелиться, перетерпеть больное состояние («выходиться»). У этих робких, грустных людей, не похожих на традиционных алкоголиков,

---

* *Психастенические психопаты* и так называемые нормальные *психастеники* (*«созерцательные характеры»* — les contemplatifs Т. Рибо) отличаются от астенических людей прежде всего второсигнальностью (мыслительностью) вкупе с блеклой чувственностью. Здесь не просто тревожная мнительность, а мыслительная наклонность к сомнениям (сомнение — логическая борьба мнений), самоанализу с самообвинением. Кстати, психастеники спиваются редко.

несмотря на многолетнюю давность болезни, часто не удается обнаружить алкогольного благодушия, эйфории, «юмора висельников». Лишь при упоминании о выпивке проглатывают они слюну, конфузливо улыбаются, прячут глаза. Часто они астенического или диспластического телосложения.

Настоящий вариант (тип) алкоголиков, видимо, самый прогностически благоприятный. Иногда и без встречи с врачом, напугавшись неприятных соматических, вегетативных расстройств после пьянства (гастрит, сердцебиения, головокружения и т. п.), больной расстается надолго с алкоголем. Один такой мой пациент в пьяном виде полез купаться, чуть не утонул и напугался так, что пришел лечиться от алкоголизма. Подобного больного описывает в прошлом веке российский врач М.Я. Магазинер (1837, с. 60). Робкий чиновник, предавшийся от отчаяния пьянству, несколько лет утопавший в этом пороке, пришел в пасху, вместе с другими чиновниками, поздравить с праздником начальника. Начальник, похристосовавшись со всеми, прошел с суровым видом мимо его и сказал вполголоса: «от вас несет уже так рано сивухой!» Чиновник, потрясенный этим, прибежал к Магазинеру и «умолял излечить его от пьянства». К тому времени как М.Я. Магазинер писал о нем, больной был уже около 6 лет трезв, «добрый отец семейства», «отличный чиновник» и «благословлял минуту гнева начальника своего». Такие больные обычно рано приходят в диспансер, понимают, что больны, усердно лечатся. Видимо, ведущий лечебный прием тут — задушевно-рациональная, активирующая терапия. Здесь надобно подробно, неторопливо, человечески говорить с пациентом о его жизни вообще (в спокойной обстановке, один на один). Консторум (1962, с. 200) не мог не заметить в своем психотерапевтическом кабинете этих «замкнутых», «сенситивных, склонных к мучительному чувству недостаточности, с повышенной требовательностью к себе», «прогностически благоприятных» алкоголиков. «Приходя к врачу, чтобы лечиться от алкоголя, полагая, что лечение сводится к лекарствам и гипнозу, и встречая интерес и сочувствие к себе, далеко выходящие за узко медицинские рамки, эти, как правило, глубоко одинокие люди горячо привязываются к врачу и, если только они сохранили достаточную душевную и духовную пластичность, активно воспринимают слова врача и становятся на новый жизненный путь». В работе с астеническими алкоголиками ощущается большой вес этих консторумских слов. Подобным больным следует ненаставительно и неназойливо понемногу рассказывать, как можно в таких же условиях жить интереснее и переносить огорчения без алкоголя. Рядом с

этим весьма уместны тут удлиненные сеансы гипноза по Рожнову (1953) с внушением физической бодрости, душевной свежести, уверенности. Иногда помогают здесь, как вспомогательное, аутогенная тренировка и приемы самовнушения по Куэ. В течение хотя бы первого года амбулаторного лечения следует встречаться с такими больными еженедельно. Перерывы в 2—3 недели ослабляют «психотерапевтическую зарядку». Грустноватые, теплые душой, но слабовольные, как дети, астенические алкоголики в первые встречи стесняются посмотреть врачу в глаза, однако способны тонко почувствовать формальность, фальшивую доброжелательность, и тогда вряд ли можно ждать успеха.

Случай 2

Больной М., 58 лет, 1910 г. рождения, дьякон.

Родился в крестьянской семье от третьей беременности. Два старших брата и два младших «храбростью, наглостью похожи на мать». М. похож на мать лишь внешне, а «характер такой же робкий и несмелый, как у отца». Родственники больного и сам больной не помнят в роду душевнобольных и пьяниц.

В детстве болел только «легкой корью». Родители работали с утра до ночи, воспитывался религиозным дедушкой. Читал с ним религиозные книги на русском и церковнославянском языках (в 6 лет выучился читать), ходил с дедушкой в церковь, нравилась очень служба, церковное пение, любил звонить в колокол со «старичком-звонарем». С детства робок, стеснителен, пуглив, застенчив, нерешителен, тревожен, ипохондричен, «слабохарактерен», трудно привыкает к новым людям, исполнителен, прилежен. В школу пошел 8 лет, хорошо учился, окончил 4 класса церковно-приходской школы. Больше других предметов любил географию. Учительница просила его учиться дальше, но не стал: побоялся, что в семилетней школе мальчишки будут смеяться над его религиозностью. Всегда был «тугодум». Любил в детстве мечтать, например, представлять, как на небе ангелы летают. После того как в 12 лет побывал с дедушкой в монастыре (3 дня там молились), захотелось уйти в монастырь на всю жизнь. Но монастырь закрыли (1922 г.). Дедушка отдал его в «приют с монастырским духом». Приняли туда (хоть и не сирота) за религиозность. Учился там церковному пению, чтению, уставу. «Чувствовал в себе большое желание служить Богу». В 1927 г. закрыли приют, пошел работать в сельскую церковь псаломщиком (17 лет). В том же году учитель пристыдил его, молодого парня, за такую работу. Испугавшись, пошел работать счетоводом, но все свободное время молился, читал духовные книги. Стал тогда читать и беллет-

ристику. Через несколько лет снова устроился в церковь псаломщиком. С детства любил религиозную музыку и живопись духовного содержания. Слабохарактерного, можно было его склонить «в любую сторону в любых делах, кроме веры». Веру же в нем, как сам считает, поколебать трудно, «потому что больше всего нравилась и нравится религиозная духовная жизнь: там спокойней, никто не дергает, а в гражданской жизни ругани много». Много раз убеждали его перестать верить, предлагали даже работать учителем и соглашался, а потом все-таки тянуло в тихую, покойную церковную жизнь. С 1937 г. снова работает в церкви. Память была «средняя», стремился всегда к аккуратности, «чтоб чистенько все было». С детства предпочитал уединение шумному обществу, но и скучал без людей. С кем попало не знался. Хотелось очень иметь близкого друга, которому все можно сказать, но не приобрел такого. Малоразговорчив с незнакомыми людьми, вообще «не любитель болтать», но всегда откровенен, «не мог хитрить», доверчив, любил всегда делать людям добро, мягок, всегда был очень раним, «особенно если за живое зацепят». Сильно расстраивался, когда обижали, но, «согласно учению Христа», прощал обиды (хотя и не мог уже потом с обидевшим его человеком легко себя чувствовать). Всегда боялся своих «начальников», тревожился по пустяку, встреча с незнакомым человеком для него — «проблема», гораздо легче написать письмо незнакомому человеку, нежели поговорить с ним. Всегда склонен был к ипохондричности, но выраженной наклонности к сомнениям, к «самокопанию», самоанализу не отмечал. Скромный, стыдливый, совестливый, душевный, переживал чужую беду, не любил командовать, но любил подчиняться. По малому пустяку внутренне раздражался и медленно остывал. Родителям не грубил, «поперек не шел». Любил все русское: природу, одежду, еду. Людей понимал плохо. Настроение с юности несколько колеблется без заметных причин. И сейчас чаще грустноватый. Половое чувство дало себя знать в 13–14 лет, было уже тогда сильное. Девушек, женщин стеснялся, часто онанировал. И в зрелые годы не был «по робости» близок с женщинами (до женитьбы). «Думал всю жизнь заниматься онанизмом, как монах», но в 1948 г. (38 лет) священник в уральском городке пообещал «рукоположить» его в дьяконы — для этого необходимо было жениться. Обратил тогда внимание на женщину (на 8 лет старше его), приходившую к священнику стирать белье. «Понравилось, как заботливо стирает», робко признался попадье, что хотел бы такую жену, и попадья «все устроила». Очень любил свою работящую скромную жену, «добрая

была христианка». К еде всегда равнодушен, «лишь бы сытым», «за этим никогда не гнался». Больше всего смолоду любил читать дома «добрые, жалостные книги», особенно духовные. Путешествовать, переезжать из одного места в другое не любил, «домосед», «затворник», «отшельник». В гости, в общество, если можно было, старался не ходить, «от людей уставал и робел незнакомых», больше всего любил быть дома, с женой, с книгами. Всегда нерешителен и «влюблен в природу»: лес, сад, цветы, «всех без исключения животных», в детстве жаль было овец, которых резали, в зрелые годы по слабодушию не мог курице голову отрубить. Всегда был непрактичный, но вещи берег. Коллекционировал книги, иконы. «Домик мой на Урале был весь в иконах». Отмечает в себе смолоду большое стремление к аккуратности, на деле же часто «неряха». Тихий, малоподвижный, с бедными суетливыми движениями, спорт не любил никогда. Детей с женой не хотели, чтоб мальчишки не дразнили детей «поповскими детками». Жили «дружно, тихо».

В 24 года, работая счетоводом, стал выпивать по вечерам дома один, «чтоб не волновали события прожитого дня», чтоб стать повеселее, посмелее, пойти в гости. Легко пьянел и не пил больше стакана водки за вечер. Через 1,5—2 года (в 26 лет) отметил уже абстинентные явления: пугливость по утрам, плохой сон, дрожание рук; все это почти проходило после «двух глотков водки», но не опохмелялся в будни, «грех выпимши в церковь идти». Через год (27 лет) со смертью матери «запил с горя», пил больше месяца, не протрезвляясь, до наступления отвращения к алкоголю. После этого запоя старался изо всех сил пить «умеренно» (не больше стакана водки в день). Если выпивал больше, на утро было такое тяжелое похмелье, что невозможно не опохмелиться и тогда не ходил на работу, весь день опохмелялся (начинался запой на 2—6 дней). В 1965 г. умерла от рака желудка жена. Оставшись один в доме, в тоске запил. Старушки-прихожанки, которые топили ему печь и готовили обед, приносили по его просьбе водку. Через месяц запойного пьянства услышал в ночной темноте комнаты голос жены: «Рано, рано, рано». Испугался, решив, что этот голос раздался из загробного мира, утром дал телеграмму московскому племяннику. Племянник приехал, увез его в Москву, женил на 70-летней старушке с однокомнатной квартирой и привел в психоневрологический диспансер лечиться от алкоголизма.

В кабинете врача, трезвый, оживляется в разговоре о водке, конфузливо прячет блестящие глаза, проглатывает слюну. Жалкий, слабодушный, застенчивый, робкий. Впрочем, не очень переживает, что женился по расчету: «один Бог без

греха». Искренне верит в Бога, рассказывает про «святые мощи» как про факт существования Бога: «Только от благодати Божьей 700 лет может храниться тело человека». Между утренней и вечерней молитвой читает духовные и художественные книги. Добрый, благодушный; признался врачу через год лечения, что врач для него «как отец родной» (почти вдвое старше врача). Первые два года лечения приходил ко мне в диспансер почти еженедельно, антабус принимал меньше года. Просил не бросать его, он одинок, ему хорошо от того, что просто приходит к врачу поговорить о своей жизни, он замкнутый, не многим доверяет, а «выговориться очень хочется». Пить спиртное никогда больше не станет, уже давно не жил «такой хорошей ясной жизнью». Уехал от жены (требовала денег) в подмосковное село, «красивое природой и храмом», работает там псаломщиком, раз в месяц приезжает «получить зарядку», пишет мне письма.

Среднего роста, диспластического телосложения. Знаков органического поражения мозга неврологически не отмечается. Внутренние органы — возрастная норма.

Третья группа — ***эпилептоидные алкоголики***. Происходят из эпилептоидных психопатов или здоровых людей с эпитимным душевным складом*. Нередко, в детстве еще, обращают на себя внимание недоразвитием нравственных чувств, слабоволием и грубоватостью. Не испытывая в полной мере стыда, раскаяния, жалости, сочувствия, такие люди формально способны понимать, что хорошо, что плохо, и потому нередко «представляются» нравственными. В детстве многие из них с удовольствием мучают животных, рассказывая об этом в зрелости со смехом, без смущения. Если детьми просят они прощения, то обыкновенно не для душевного облегчения, а с корыстью. Угрюмые, черствые, мстительные, эгоистичные, вороватые, трусливые, угодливые, вспыльчивые, упрямые, они не нуждаются в материнской ласке, на каждом шагу лгут, не хотят никому подчиняться, часто не хотят учиться и не интересуются работой. Многим из них свойственна лицемерная маска, она сказывается в типичных их выражениях: «всего

---

* Другими словами это — «эпилептоидная акцентуация», или «авторитарный склад личности». «Эпитимность» понимается здесь характерологически широко, охватывая общее в характере у здорового (эпилептоидного акцентуанта), эпилептоидного психопата и эпилептика. Это так называемый «эпитимный круг». (*Прим. 2006 г.*).

** В отличие от *гиперсоциальных эпилептоидов* Мауца (по Ганнушкину, 1964, с. 157), к алкоголизму, видимо, мало предрасположенных.

добренького», «не буду золотое времечко ваше отнимать». Ханжество здесь, однако, грубое, без утонченности**, выражается, например, в бесконечных нотациях детям при восхвалении собственной персоны, достойной примеров, но, если копнуть, весьма осаленной. Близкие нередко говорят про них: «вредный», «мелочный», «злой», «хвастливый» («умней его нет, интересней его нет»), «из-за пустяка разойдется, дерется, ругается, несколько часов не успокоишь». Один мой больной, из-за того, что жена кормила «невкусно», отделился в еде, стал ходить в кафе и из семейного бюджета выделил себе на еду 2 рубля в день, а жене с восьмилетним ребенком — 1,5 рубля. Другой, разводясь с женой, стал делить вилки, тарелки, из-за одной ложки мог поднять скандал. Нередко они весьма капризны и требуют от близких, чтоб нянчились с ними. Жена одного такого больного рассказывала, что на просьбу ее выкупаться в ванне отвечал: «А вот ты и сделай так, чтоб я сегодня выкупался, вот ты найди ко мне такой подход». Эта терпеливая женщина не раз «волокла» пьяного мужа в диспансер, побитая им. Зимой привозила на санках, лечилась сама в психотерапевтическом кабинете от невротического состояния. Он же, уйдя из дому, сказал «новой любви», что жена его «сумасшедшая», лечится у психиатра и жить с ней невозможно. Наряду с недоразвитием нравственных чувств довольно сильно развито тут пищевое и половое влечение. Про пищевую капризность таких людей рассказывают: «завтрак, обед, ужин — это для него вопрос номер один», «если плохо поест, ходит, как зверь», «такой лакомка, что макароны, котлеты, пельмени есть не будет». Рано и обильно вступают они в многочисленные половые связи, обычно без симпатии даже, но со сластолюбивой капризностью и порой с извращенностью. У них нередко отмечается так называемая рассеянная микроневрологическая симптоматика (грубоватость, асимметрия лица, весьма глубоко сидящие глаза, массивная нижняя челюсть и т. п.)*.

Такие субъекты легко втягиваются в компании алкоголиков, нередко и до болезни пьянствуют «в одиночку», «от

---

* Сегодня эта группа алкоголиков представляется мне более сложной. Она включает в себя и «чистых», конституциальных безнравственных эпилептоидов, эпилептоидных акцентуантов и взрывчатых органических психопатов, акцентуантов (см. работу 6.8). Нельзя забывать, что среди эпилептоидных и органических психопатов и акцентуантов есть и немало нравственных, по своему благородных, тоже спивающихся, но в этой моей молодой работе о них, к сожалению, не рассказано, если не считать воспоминания о Тетереве и Сатине. *(Прим. 2006 г.).*

скуки», «чтоб сделаться добрее, а то не мил свет». Уже в первых случайных опьянениях они часто делаются чрезвычайно подозрительными, придирчивыми, вмешиваются не в свои дела, дерутся. Ганнушкин заметил, что эпилептоиды склонны к запойному пьянству. Действительно, запои на базе хронического алкоголизма очень быстро возникают у многих этих больных. Алкоголизм, несомненно, усиливает тут взрывчатость, злобность, лживость, слабоволие, ханжество*. Клянут и поучают весь свет, но только не себя. Самоуверенные спорщики, мелочные «борцы за справедливость», не замечающие, что сами увязли уже в пьянстве и разврате, они будоражат серьезное собрание, пассажиров автобуса, «со звериной силой» наказывают за тройки детей, за неряшливость — жен, пишут анонимки. Некоторые, менее примитивные из них, уже в болезни, особенно «выпивши», делаются заядлыми «философами-моралистами» вроде горьковских Тетерева и Сатина. «Алкоголиками-резонерами» называл подобных больных С.А. Суханов (1912, с. 289). Нередко у эпилептоидных алкоголиков возникают идеи ревности.

Большинство таких пациентов не желают лечиться. Разговаривать с ними нелегко. Нещадно ругая «пьянь», терпеть не могут говорить о собственном алкоголизме. Или это как раз тот больной, который, как замечает Рожнов (1971, с. 54), «твердо про себя знает, что после отбытия положенного для лечения срока не замедлит опять обратиться к алкоголю, приобретя в результате пребывания на амбулаторном или тем более стационарном лечении известную моральную опору в утверждении, что он теперь причислен к больным людям, и если его не вылечили от болезненного пристрастия к спиртному и он продолжает пить, то это уже не его вина, а врачей, которые не умеют лечить, как надо». На принудительное лечение в лечебно-трудовые профилактории чаще всего приходится направлять именно таких больных. Предпочтительны здесь различные медикаментозные рвотные терапевтические приемы и коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия по В.Е. Рожнову.

Иногда, например, назло кому-то, такие алкоголики сами бросают спиртное. Так, один мой пациент, годы не желавший лечиться длительно и аккуратно, запивавший антабус пивом, после того как жена развелась с ним за пьянство, назло ей перестал пить и уж больше двух лет трезв, назло ей женился на

* Портнов и Пятницкая в подобных случаях говорят об «эксплозивном типе изменения личности» (*ex-plōdo* — выгонять с шумом, *лат.*) наряду с астеническим, истерическим и апатическим типами изменения личности при алкоголизме (1971, с. 76).

«красавице», и та, видимо, понятия не имеет, что он сравнительно недавно пропивал вещи и просыпался в вытрезвителях.

Случай 3.

Больной Д., 37 лет, 1931 г. рождения, слесарь.

Отец алкоголик. Злоупотреблял алкоголем и до рождения Д. Со слов матери, Д. «по характеру с детства — вылитый отец: такой же грубый, жестокий, скандалист и в то же время услужливый подлиза». Мать трезвая, «слабохарактерная», добрая, тревожная.

В детстве перенес в легкой форме корь и скарлатину. В 1965 г. (34 г.) обнаружена язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Воспитывался матерью и бабушкой, пьяного отца к мальчику не подпускали. Читали ему книги, играли с ним, «старались воспитать добрым не в пример отцу». Ходил в детский сад. Еще тогда заметили в нем «отцовскую безжалостность»: мучил кота, никого никогда не жалел, ни с кем не делился сладостями, игрушками. В то же время, когда ему что-нибудь нужно было, «подлизывался, как лисичка». В школу пошел 8 лет, учился посредственно, «не очень-то нравилось учиться», «немного увлекался историей», а больше всего любил гулять во дворе. Сильных ребят боялся, заискивал перед ними, слабых заставлял служить ему, искать для него «дельные вещички» на свалке и пр. Дружил с кем попало, но ни с кем не дружил долго, крепко. Отличался и в школе жестокостью и в то же время «слабохарактерностью», трусостью. В 10-летнем возрасте более слабого школьника, который отказывался дать ему свое яблоко, мог, повалив на землю, избить ногами в лицо. В то же время, очутившись на плоту один посреди небольшого пруда, громко плакал и жалобно просил: «Дядя, спаси!» В отрочестве полюбил читать «приключения», «историческое», но особенно «про преступников, шпионов». Откровенным, искренним не был, исподтишка, трусливо любил «насолить». Лжив, хвастлив, вспыльчив, грубоват, подозрителен, упрям и внушаем одновременно. В школе жаловался учителям, кляузничал. Любил всегда «вкусненько» поесть, «чтоб было приготовлено с любовью», «чтоб какие-нибудь деликатесики». С 14—15 лет «на душе часто грустно», «весь свет не мил», «стукнуть когонибудь хочется». В 15 лет «почувствовал сильную половую страсть», «мучился с ней», «успокаивал себя онанизмом», а в 16 лет «дорвался до женщинок», «загулял» (рассказывает об этом, сладко жмурясь). «С родственниками почти каждый день из-за всего этого бывали перебранки». Окончив среднюю школу, пошел на завод, стал слесарем, потом 3 года был на военной службе. Вернувшись из армии, продолжал работать слесарем, стал несколько раз в неделю пить водку с товарищами и, «чтобы окончательно не загулять с женщин-



ками», женился на «красивой девушке». Водка сразу понравилась, «приятно было задуреть и побывать в этом отличнейшем, законнейшем состоянии». Мог еще до армии выпить сразу много водки (до 1 л), но тогда пил очень редко. Через 1,5 года пьянства появились абстинентные явления (тремор, ночные кошмары, «сильная подозрительность» по утрам). Явления эти «смягчал» стаканом пива и шел работать. Еще до болезни даже в легком опьянении «делался невыносимым», хватался за нож, придирался к гостям, «лез драться», без оснований обвинял жену в сожительстве с соседом. Всегда был аккуратен, любил, чтоб все лежало на своих местах, «мечтал всю жизнь об идеально аккуратной жене», а она оказалась «грязнухой» и «бесила» его этим. Пьяный, бил ее до крови. Трезвый «докучал моралью», стыдил за неблагодарность, успокаивался только тогда, когда жена начинала горько плакать. Пригрозил жене, что убьет ее, если она его бросит. С появлением тремора, ночных кошмаров «почти всегда тянет выпить», не в силах остановиться после стакана водки. Через 1,5 года после появления похмельных абстинентных явлений стал пить запоями до недели. После запоя дня два — отвращение к спиртному. Пьет и суррогаты (политуру, одеколон). Летом 1967 г. (36 лет, 12-й год болезни) в течение трезвой недели держались не имеющие достаточного реального основания идеи ревности к жене. В последние годы был трезв несколько дней в месяц, закладывал и продавал вещи, попадал в вытрезвитель, лечиться пришел в прошлом году только после того, как жена «не в шутку затеяла развод». От рвотного лечения и гипнотерапии отказывается. Больше 2 недель антабус принимать не хочет и снова пьянствует. В периоды лечения в свободное время искусно мастерит для дома «полочки», «шкапики для продуктов» и т. п. или читает детективы.

В кабинете врача лжив, приторно хвастлив, услужливо бросается поднимать упавший карандаш, вертляв, весь в льстивых ужимках, алкоголиком себя не считает, он пьет, как все, «как вы доктор, не больше», он пришел сюда, чтоб помирили его с женой, которую «страшно любит», несмотря на ее «неряшливость», «неблагодарность». Часто повторяет: «Не смею вас задерживать». Всякий раз справляется: «Как ваше здоровьичко?» Труслив, покладист, соглашается легко, что, действительно «с водочкой не все благополучно», «если немножечко в рот попало, еще хоца, вот от этого явления хотелось бы избавиться прочно».

Знаков органического поражения мозга неврологически не отмечается.

Лептосомного телосложения. Диагноз терапевта: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с 1965 г., ремиссия.

Четвертая группа больных алкоголизмом — ***ювенильные**** ***(инфантильные**)*** ***алкоголики***. Здесь развивается алкоголизм на почве «неустойчивой психопатии» по Ганнушкину (неустойчивый вариант «аномалии развития нервной системы по типу дисгармонического инфантилизма» по Сухаревой, 1959, с. 212), а также у здоровых неустойчивых ювенильных (инфантильных) субъектов, где личностный склад не усилен до патологии, до неустойчивой психопатии. В любом случае, еще до алкоголизма отчетливо выступает ювенильный (инфантильный) склад, т. е. душевный рисунок, напоминающий юношеский (детский): 1) легкомыслием и легкочувствием (неустойчивость эмоций, интересов, легкая возбудимость и «отходчивость» и т. д.); 2) преобладанием первой (образной) сигнальной системы (детски-юношеская наклонность к воображению, фантазированию, вранью с искренней верой в это вранье, высокая впечатлительность и сентиментальность); 3) стремлением находиться в центре внимания, представить себя в лучших красках; 4) негативистическим (юношески-романтическим) протестом против старших, начальников, стремлением упрямо думать и поступать вопреки их советам. Однако на первый план среди прочих ювенильно-инфантильных свойств у этих субъектов (и до болезни) выступает неустойчивость эмоций, мыслей, сочетающаяся с душевностью, нежностью, добротой***. Они с детства стремятся к духовным занятиям, особенно к живописи, поэзии и театральному искусству. Доверчивые, искренние (несмотря на частое вранье), слабовольные, внушаемые, упрямые, неглубокие, раздражительные, обидчивые, но незлопамятные, они довольно быстро развиваются в детстве в том смысле, что рано смешат словотворчеством, удивляют яркими фантазиями, богатой памятью. В школе нередко бывают отличниками, особенно легко даются гуманитарные предметы. Юность их цветет буйными романтическими цветами, но, паспортно перевалив за юность, остаются они до конца жизни «вечными юношами». Яркие, но несерьезные, без зрелой волевой мужественности с самокритическим обдумыванием своих

---

* *Juvenilis* — юношеский (*лат.*).

** *Infantilismus* — детскость (*лат.*). Подробней об инфантилизме см. в работе Буянова (1971).

*** Ювенильные (инфантильные) субъекты другого рода, у которых на первый план среди прочих свойств выступает (вместо неустойчивости) стремление находиться в центре внимания (эгоцентризм) и где вместо душевной мягкости, нежности, «симпатичности» наблюдается театральная холодноватость, фальшивость, наклонность к интригам, — эти *эгоцентрические ювенильные (инфантильные)* субъекты (в патологии соответствуют им *истерические психопаты*) алкоголиками становятся редко.



поступков, с грубоватостью среди нежности и благородства, они теряются в сложных ситуациях практической жизни. От детства, юности остаются у них в зрелые годы живость, свежая память, красочная образность, наивность. Встречаются среди них творцы истинного образного, детски-свежего поэтического искусства. Их искренние, нежные стихи — о природе, о животных, о любви. В них много неглубокой печали и восторгов. Многие неталантливые субъекты подобного склада просто «шатаются» по жизни, быстро остывая к делу, за которое горячо берутся. Заставить же их заниматься тем, от чего они не в восторге, трудно: «так портится тогда настроение — хоть вешайся». Подобно детям, не способны они глубоко и длительно переживать даже большое горе, но часто заметен на них легкий налет грусти от неудовлетворенности жизнью. Людей таких легко к себе расположить вниманием к ним, похвалой (за это все простят), но верными, долгими друзьями делаются они редко. Часто (еще до болезни) красочно обманывают, рассказывают небылицы, чтобы произвести впечатление. Один мой пациент, отслужив в армии, много раз вдохновенно рассказывал родственникам и знакомым, как во время службы поймал шпиона, был ранен шпионом в ногу, лежал в госпитале, получил медаль, которую потерял «в снегах». Как-то приехал к нему в гости армейский его товарищ, и выяснилось, что «шпиона не было». Это те павловские первосигнальные, впечатлительные «художественные натуры», которые «захватывают действительность целиком, сплошь, сполна, живую действительность, без всякого дробления, без всякого разъединения» и предрасположены более «мыслителей» к художественному творчеству и истерическим реакциям (Павлов И.П., 1949, с. 155). Общительные, как дети, они заговаривают с первым встречным, готовы идти с ним куда угодно, плохо разбираются в людях. Чувства управляют их мыслями. Потому такой человек сегодня искренне способен рассказать, как прекрасен такой-то человек, а завтра — как он ужасен. Они вообще способны искренне убедить себя в чем угодно. А.Х. Мниховский, киевский врач, еще в прошлом веке называл подобных людей с «затянувшейся эпохой брожения», печалью, «происходящей от неудовлетворенности», «хаосом в душе», нерассудительных, неосторожных, несдержанных, самонадеянных — «вечными юношами» (Мниховский, 1886, с. 130). «Он слеплен из воска, но стремится казаться твердым, как сталь, — замечает про такого человека грузинский психолог В.Г. Норакидзе (1966, с. 123). — В результате общения с ним создается убеждение, что на этого человека нельзя положиться в

критические моменты жизни». Чаще подобные субъекты грацильного, астенического или лептосомного телосложения. Телодвижения их нередко пластичны, по-кошачьи изящны.

Еще до пьянства вино обычно нравится таким людям «нежным вкусом», способностью отгонять «тихую грусть и все не сбывающиеся надежды». Нередко они объясняют, почему стали выпивать чаще, так: «Подумаешь, тебе уже за двадцать, а еще в кино не снялся, нигде не напечатался, захандришь, скиснешь и хочется забыться». В свойственные им эндогенные, «юношеские», легкие спады настроения чаще тянутся к спиртному, чтоб повеселеть, «написать светлое стихотворение». Но пьют и в хорошем настроении, «потому что всякий порядочный француз выпивает в день два литра вина», «потому что Модильяни пил, Верлен пил». Пьянствуют сперва в «интеллигентных, милых компаниях» с танцами и чтением стихов, и чтоб по всем правилам этикета, белое вино было непременно холодное, а красное — подогрето, и «чтоб какая-нибудь экзотическая закуска». Делаются они алкоголиками весьма быстро, иногда через несколько месяцев пьянства. Становятся тогда весьма раздражительными, придирчивыми, театрально-агрессивными, особенно в опьянении. Еще Магазинер (1854, с. 32) отметил, что люди «пылкого нрава и воображения, люди, которых душевные силы угнетены несбывшимися надеждами (...), труднее выдерживают болезнь («болезнь от пьянства», хронический алкоголизм в современном понимании — *М. Б.*), чем люди в противоположном состоянии». Стремительность развития, разрушительность течения, скромность лечебного эффекта напоминают здесь алкоголизм женщин и юношей. И в некотором алкогольном огрублении представляются все же эти больные симпатичными, милыми, добрыми, даже нежными. Таковы Федор Протасов Л. Толстого, Михаил Зыков М. Горького. Художественное образное творчество этих больных, основанное на эволюционно более древнем, а значит, более крепком первосигнальном материальном субстрате, страдает гораздо меньше, нежели художественно-психологическое или научное творчество «мыслительных» алкоголиков, основанное на самых поздних и хрупких второсигнальных мозговых элементах.

Лечить таких больных весьма трудно прежде всего потому, что они часто не способны серьезно относиться к лечению, не считают себя больными алкоголизмом, крайне податливы внушениям собутыльников, способны, «захлестнутые» эмоцией, искренне убедить себя в том, что в данный момент

совершенно необходимо выпить, даже «с антабусом в теле». Когда же мы слышим от таких больных восхищение «романтикой похмелья», что «спиртное обостряет ощущение жизни как творческого акта», прогноз еще хуже. Такой пациент нередко сидит перед врачом в заносчиво-кокетливой позе, играет голосом, с задорной легкостью сыплет медицинскими терминами, капризен, чрезвычайно чувствителен к малейшему стеснению его личности. Как и прочие алкоголики, он, по замечанию Ушакова (1959, с. 19), способен еще ценить тонкости искусства, но нет к искусству активного интереса по причине сумерек пьянства.

После курса эмоционально-стрессовой гипнотерапии по Рожнову следует попытаться сделаться психотерапевтическим проводником такого пациента по жизни: посоветовать подружиться с трезвыми, интересными ему людьми, чтоб дорожил этой компанией, зная, что лишится ее в случае выпивки, жестоко ругаться с ним за каждую кружку пива и даже просто встречу с бывшими собутыльниками, временами давать амбулаторно антабус и гипнотически подкреплять тошнотно-рвотную реакцию, которая весьма быстро тут гаснет. От «ежовых рукавиц» врача такой пациент не бежит лишь в тех случаях, когда сам врач есть неистощимый, постоянный его собеседник, например в вопросах искусства, понимающий ценитель, критик его творчества и т. п. В тех случаях, когда больной погружается в гипнотический сомнамбулизм (тут это не редко), достаточно бывает иногда раз в неделю в сомнамбулическом сне внушать ему, что измучается рвотой, если попробует выпить, и он обнаруживает вдруг, соблазнившись рюмкой, что возникает у него бурная рвота, «выворачивает всего наизнанку»; он портит компании вечер, ошеломлен «силой гипноза» в этом случае особенно, в связи с постгипнотической амнезией. Бежит теперь от компаний с бутылками, бывает, пытается убежать и от врача, догадавшись, что только таким образом возможно «рассосать» рвотный механизм.

Случай 4.

Больной И., 24-х лет, 1944 г. рождения, техник.

Отец — строгий, волевой человек, выпивает (несколько рюмок вина) только в праздник. Мать — с инфантильными чертами (восторженная, подвижная, говорливая, суетливая, маленького роста). Душевнобольных и пьяниц в роду не помнят. Когда родился И., матери и отцу было по 35 лет. Ребенок родился лишь через 8 лет супружеской жизни «по причине инфантильной матки», как объяснили врачи. Весил при рождении 2600. Вскармливался грудью до года. Разви-

вался, со слов родителей, гораздо скорее, чем дети их родных и знакомых. В 10 месяцев уже хорошо ходил, а в 11 «говорил так красноречиво, что все удивлялись». «Все падали со смеху, когда показывал, как сердится и ругается бабушка». Врачи поликлиники удивлялись: «Послушайте, как смешно и чудесно говорит этот малыш!» С тех пор, как начал ходить, ни секунды не сидел на месте, играл игрушками, смотрел в книжках картинки, просил ему читать. В 6 лет стал проситься в школу, заставил маму отвести его туда, поразил учительницу и директора, смешно рассказав им картинки, которые висели на стенах, стал читать наизусть стихи, умолял: «Я вас прошу, примите меня на год раньше, я не буду вертеться за партой». Был принят в школу условно, в виде исключения, как одаренный мальчик. Первые 4 класса был круглый отличник, потом стали появляться четверки. Увлекался в школе литературой, историей, отличался прекрасной памятью. В 9 лет рассказывал во дворе ребятам сказки собственного сочинения, с удовольствием слушал музыку, любил рисовать, что-нибудь изобретать, но перескакивал часто с одного дела на другое. В 11 лет увлекся радиотехникой, поступил в радиотехнический кружок, через месяц остыл к радиотехнике, увлекся легкой атлетикой, но скоро, растянув сухожилие, бросил и атлетику, пошел в кружок гитары, но и его вскоре бросил, не научившись играть. Пошел в драмкружок, где занимается (с перерывами) до сих пор и часто говорит матери, что не может быть без драмкружка. Мягкий, послушный, слабовольный, внушаемый, добрый, ласковый, справедливый, нехитрый, нежный, душевный, милый, доверчивый, в то же время невозможно упрям. Легко раздражался, легко успокаивался. Много лгал. В 9—10 лет в отсутствие родителей приглашал домой приятелей, открывал холодильник и говорил: «Ребята, ешьте!» Когда мать спрашивала потом, куда пропала еда, пожимал плечами. Но спрашивала строже, он сознавался, просил не говорить папе. В 14 лет увлеченно выступал на сцене со стихами и в пьесах, влюблялся уже (иногда по несколько раз в месяц), написал девочкам много стихов. В 15 лет стал «восставать» против родителей, «раздражали их старые взгляды», «маме вечно нужно было знать, с кем он идет и куда». Раздражали родительские советы — как где себя вести. Однако отца побаивался и, «восстав», быстро сдавался. Отец требовал, чтобы сын даже в 20 лет приходил домой не позже 8, и сын не опаздывал, хотя прибегал часто запыхавшись. Родители «дрожали над единственным, долгожданным сыном». Так, за 8 лет школы он ни разу не был в пионерском лагере, хотя просился туда. За провинности

(в том числе вранье) отец строго наказывал. С третьего класса тянулся к общественной работе: был звеньевым, комсоргом, нравилось руководить людьми, чувствовать себя в центре внимания. В то же время, даже сейчас жалуется, что «наивен», «слабоволен», плохо понимает людей, хотя стремится «видеть их насквозь». С 14—15 лет настроение колеблется без заметных причин. Чаще слегка печален. Сам про себя говорит, что «большой неряха»: оставляет книги в кухне, разбрасывает одежду по комнате, нет и стремления к аккуратности. Половое чувство обнаружилось в 13—14 лет. «Тянуло» одновременно и к девушкам, и к взрослым женщинам. К девушкам — «для любви платонической, со стихами, с музыкой и не дальше поцелуя». К взрослым женщинам — «для любви плотской, без поэзии, так, чтобы потом плюнуть и уйти и никогда больше ее не видеть». Трудно было подавить сильное половое чувство и с 14 до 20 лет почти каждый день онанировал.

Окончив на «четыре» и «пять» 8 классов, хотел поступить в театральное училище, но отец, сам авиаконструктор, велел поступать в авиационный техникум, чтоб потом — в авиационный институт. К математике, физике, технике, у И. в то время было отвращение, но послушался отца, поступил в техникум и, когда окончил его, был призван в армию. Служил лишь 1,5 года, был комиссован в связи с тяжелым кариесом зубов, которым страдал с детства. В 20 лет во время службы в армии впервые был близок с женщиной, и с тех пор «чувственный элемент любви гораздо нужнее, чем платонический». Называет себя «страстным человеком», которого «половое чувство охватывает всего, и уж ничего не помнит и не видит вокруг». Вернувшись из армии, «вынужден был продолжать онанировать, так как при таком строгом отце невозможны встречи с женщинами». Всегда любил поесть «со вкусом», «что-то особенное — черную икру, ананас» («и чтоб хорошая сервировка»). «Обожает» лес, реку, поле, животных (особенно собак). Непрактичный, не умел обращаться с деньгами, во время военной службы влез в долги. Вещи свои не берег: «легко доставались». «Красивые вещи всегда вызывали восхищение». С 15—16 лет мечтал жить один в уютной квартире с красивыми вещами, «чтоб горел мягкий свет торшера, играл магнитофон, приходили красивые женщины». С 15—16 лет слегка мнителен, особенно в отношении своего здоровья. Заметив в то время на руке черное родимое пятно, испугался, что заболел черной оспой (тогда попала к нам черная оспа из Индии, заболело несколько человек, делали всем прививки). Ходил испуганный к врачам показывать родимое пятно. Много раз спрашивал

знакомых и родителей: «А вдруг это оспа?» Ипохондрическое состояние продолжалось 2—3 дня. Склонен с 16—17 лет к поверхностному самоанализу без строгой критики к себе, без самоупреков. Размышляет, например, почему многие люди умеют тратить деньги, а он не умеет и т. п. В 17—18 лет вел дневник, пробовал заниматься самовоспитанием, но ничего не вышло. Вернувшись из армии (21 год), работал на заводе техником, по вечерам занимался в драмкружке, писал стихи. По-прежнему был вынужден приходить домой не позже 8 вечера. Готовиться в авиационный институт не хотелось, хотелось быть поэтом или артистом.

С 18 лет в праздник позволялось ему за домашним столом выпить с отцом 1—2 рюмки сухого вина. Вино нравилось «тонким вкусом» и тем, что «поднимает настроение». Пьяницы всегда были ему неприятны, но «увлекала эстетическая сторона этого дела, например бокал».

В 23 года ему было предложено работать и жить в одном из подмосковных городов. Отец не был против. Там и получил однокомнатную квартиру со всеми удобствами и «никак не мог поверить, что вырвался, наконец, от родителей». В Москву, к родителям, должен был приезжать после работы в пятницу (на субботу и воскресенье) и после работы в среду. Три вечера в неделю был полный хозяин в своей квартире. Так как одиночества никогда терпеть не мог, приглашал к себе друзей. Пили вино, водку, «танцевали под магнитофон при мягком свете торшера». «Получил возможность встречаться с женщинами и не заниматься онанизмом». Через 2—3 недели такой жизни заметил, что, «хотя сухое вино и вкусно, и приятно, его приходится много пить, чтобы забыться, почувствовать себя сильным и свободным человеком». Перешел на портвейн и водку (давно уже «влез в долги»). Выпивал около 400,0 портвейна или 300,0 водки за вечер. Быстро пьянел, просыпался с «дурной» головой, но за «родительские дни» отходил. В конце 4-го месяца самостоятельной жизни заметил, что спит после выпивок плохо, с «кошмарными проваливаниями», просыпается подавленный, чего-то боится, дрожат руки. Советовали опохмелиться — боялся, знал, что это плохо, «похмелялся» томатным соком. Ждал конца рабочего дня, чтоб опять выпить, думал об этом весь день, «тянуло выпить». Через месяц не мог себя удержать от вечерней выпивки даже в среду и пятницу, приезжал к родителям пьяный. В это время выпивал уже за вечер 500,0 портвейна или 400,0 водки. Отец поехал в этот город, расспросил подробно о пьянстве сына, отобрал у него ключи, запер квартиру и велел работать там, а жить в Москве, пока не

женится на «стоящей девушке, которая сможет держать его в руках».

В Москве И. несколько раз в неделю приходил домой пьяный. В пьяном виде был «невозможен»: ругался, стучал кулаком по столу, требовал ключи от своей квартиры, бился об стену головой. Утром выяснялось, что многих своих «пьяных» поступков не помнит, удивлялся: «Неужели, мама, я себе позволил стучать кулаком по столу?» Стал опохмеляться по утрам пивом и прогуливать работу. Заметил, что не может остановиться после кружки пива, «поднимается желание», «требуется прибавить портвейна или водки». На пятом месяце болезни приведен родителями в диспансер.

Оставшись один на один с врачом, подробно рассказывает о себе. Заметно оживляется в разговоре об алкоголе, блестят глаза. Больным алкоголизмом себя не считает. Он пришел сюда, чтоб ему укрепили гипнозом волю, научили воспитывать себя. Кроме того, ему вообще хочется узнать, что такое гипноз. Видимо, с целью обратить внимание врача на свой интерес к науке, часто просит: «Простите, а теперь можно мне у вас кое-что спросить? Скажите, почему одни люди спиваются легко, а другие трудно?» Или: «Скажите, а вот те несчастные люди, алкоголики, что сидят в коридоре к вам, скажите, им действительно можно помочь и как?» Часто лжет. Например, врачам на конференции говорит, что сам пришел лечиться (в диспансер привели его родители). По-детски застенчив, однако с удовольствием, немного рисуясь, рассказывает врачам о своей любви к театру и т. п. Покладист, легко соглашается, что болен алкоголизмом. Жалуется на свою «неустойчивость»: «быстро загораюсь и быстро остываю». Не знает сейчас точно, хочется ему стать актером или поэтом, как Есенин, которого «обожает», который «очень близок» ему. Из прозаиков «близок» ему Ремарк. Любит очень читать «про разведчиков». Мягкий, нежный, слабовольный, внушаемый, наивный. Хорошая память, довольно много знает о театре, прочел много художественных книг. Два месяца послушно принимал дома из рук матери антабус в таблетках. Потом стал отказываться от лекарства: «Почему же мне нельзя совсем пить? Что же я — не человек?» Сохранял лекарство во рту, изобразив, будто проглотил его, и выплевывал в туалете. Таким образом, не принимал лекарство около недели и выпил стакан водки, потому что «было печально от совместной жизни с родителями и тянуло выпить». После стакана водки не мог остановиться, пропьянствовал неделю у товарищей, почти не протрезвляясь. В пьяном виде пришел в это время в диспансер «пофилософствовать» вслух: «Водка, доктор, это

такая сквернейшая болезнь, и нужно искать причины, почему человек пьет. В мире просто так ничего не происходит. Пьянство, конечно, болезнь, но лечить ее нужно не так... чтоб, приняв таблетку, под страхом человек ходил... Я ведь от сумятицы в душе пить начал. Я был один, одинок, несмотря на магнитофон, торшер, женщин...». Через неделю пьянства был снова приведен родителями в диспансер, с месяц принимал лекарство порошком в воде и снова запьянствовал. С тех пор то лечится, то пьянствует, намерен жениться, «избавиться снова от родителей» и пить спиртное «понемногу, как все люди». Удалось внушением в гипнозе выработать довольно сильную рвотную реакцию на воспоминание о спиртных напитках, их вид, вкус, но без подкрепления держится эта реакция не более недели.

Ниже среднего роста, грацильно-астенического сложения, выглядит гораздо моложе своих лет. Движения естественные, мягкие.

Знаков органического поражения мозга неврологически не отмечается. Патологии внутренних органов не обнаружено. Диагноз стоматолога: кариес зубов (удалено 20 зубов).

Пятая группа — ***«простодушные», примитивные (духовно-ограниченные) алкоголики****. Это не дебилы. Они достаточно хорошо толкуют переносный смысл пословиц, кончают школы, техникумы, даже институты, но не получают истинного удовольствия от умственных, духовных занятий. Если читают, то чаще про шпионов, спортивную прессу и т. п. При этом очень многие из них отличаются с детства практической смекалкой и «золотыми руками». Слабовольны, внушаемы и упрямы еще до алкоголизма. Незлопамятны, легко раздражаются и быстро «отходят». Простодушные, общительные, легкомысленные, недальновидные, с вечным «авось» в голове, без цели в жизни, склонные к наивному хвастовству, душевные, добросердечные, искренние, покладистые, любят «уважить», с широкой улыбкой, помогут знакомому и незнакомому что-нибудь починить, постесняются взять деньги. Чувствительные душой, они нередко пасуют перед трудностями жизни, но в опасности (например, на фронте) отчаянно бывают смелы. В детстве и в зрелости охотно делают всякую хозяйственную работу, но охотно и «болтаются» без дела. Учатся лениво, часто уходят из школ в училища: хочется что-нибудь мастерить. Делаются хорошими плотниками, слесарями и т. п. С детства любят работать руками (сколотить ящик, починить калитку), скучают без такой

* См. работу 6.6.



работы. Трудятся порой прекрасно, с шутками, но после работы не знают, куда себя деть, слоняются по двору, играют в домино, в карты. Эти безотказные, трудолюбивые люди из-за примитивности своей не могут интересно отдыхать, духовно развлекаться, хотя рядом кинотеатр, библиотека, зарплаты хватит на фотоаппарат, театральный билет и т. п. Если по телевидению не передают футбол, хоккей, не хочется идти домой: «А что дома делать-то?» В очерке Андрея Яковлева «“Тихий” пьяница» рабочий весьма выразительно рассказывает о подобном человеке: «Звал я своего дружка Серегу в театр, а он даже обиделся: “Ты что? Я ж целый день вкалывал, мне теперь отдохнуть требуется. Пускай в театр лодыри шляются. А мы, работяги, найдем попроще способ, как вечер провести”»*.

Вкус спиртного напитка мало интересует таких людей, они тянутся с первых выпивок к алкогольному наркозу («лишь бы загорелось», «лишь бы скорей забалдеть»). Потому пьют крепкое и презирают слабые вина («чего лягушек разводить!»). С первых уже выпивок оказываются весьма выносливыми к алкоголю (пьют за вечер до 1,5 л водки, трудно пьянеют, на утро «как стеклышко»). У многих из них никогда не бывало рвоты. Испытав однажды дурманящее действие алкоголя, они не могут уже переносить без него обиды. Примитивному, слабовольному, «чувствительному» человеку гораздо легче уменьшить свое волнение алкоголем, нежели рассуждением. Значительные психические травмы тем более побуждают таких людей пьянствовать. Так, в рассказе В. Шукшина добрый, чувствительный, но духовно ограниченный шофер, от которого ушла «романтическая» жена (не могла больше жить «с таким пеньком»), расстроившись, «взял “полкило” водки, выпил сразу, не закусывая»**.

Первые похмельные абстинентные симптомы появляются здесь обычно во время длительного ежедневного пьянства, например в отпуске («а что в отпуске, делать-то!»). Через несколько лет на базе хронического алкоголизма возникают истинные запои, похмелье осложняется элементарными галлюцинациями, опьянение часто делается злобным, и тогда больные прогуливают работу, пропивают вещи, просыпаются в вытрезвителях, попрошайничают, высасывают остатки пивной пены из чужих кружек и т. п. Больные эти независимо от давности болезни весьма укладываются в традиционные описания алкоголиков, сделанные, например, Крепелином (1910, с. 68): благодушие, эйфория, беззаботность, слабоволие, вну-

---

* Яковлев А. «Тихий» пьяница // О пьянстве и пьяницах. М., 1972, с. 100.
** Шукшин В.М. Раскас // Шукшин В. М. Там, вдали. М.: Советский писатель, 1968. С. 210–218.

шаемость, упрямство, раздражительность, услужливость, лживость, хвастливость, эмоциональная грубаватость, плоские шутки и т. п. Однако эти «алкогольные черты», как удается выяснить с помощью родственников, есть в основе своей преморбидные свойства, лишь огрубленные и заостренные алкогольной интоксикацией. Алкоголик изменяется психически сообразно складу своей личности. Мейпотер и Льюис, которых цитируют авторы английской «Клинической психиатрии» (Mayer-Gross, Slater, Roth, 1960, с. 354), остроумно замечают, что многие алкоголики просто «дешевые издания самих себя» («cheap editions of themselves»). «Клиническое проявление наркомании (...),— писал Ганнушкин (1964, с. 229), — в значительной мере может определяться конституционально», и «с этой конституциональной» точки зрения должен быть пересмотрен весь клинический материал по наркоманиям»*. Потому весьма трудно назвать какие-то еще психические черты, свойственные всем алкоголикам до деградации (психоорганического синдрома), кроме раздражительной слабости и невольного душевнотелесного оживления в разговоре об алкоголе (феномен, описанный Крепелином) с блеском глаз, иногда проглатыванием слюны, несмотря на обстановку врачебной строгости и даже плохое только что настроение пациента.

Больные этой группы обыкновенно приходят к врачу лишь под давлением родственников, начальников по работе, чтоб искупить прогул по причине запоя, чтоб жена не бросила и т. п. Эмоционально-стрессовая гипнотерапия по В.Е. Рожнову или лечение антабусом на первых порах весьма хорошо действуют: больного «мутит» от вида водочной бутылки, или при лечении антабусом сделает себе осторожно «домашнюю провокацию», например пивом, и соглашается, что «хорошее лечение». Однако главная трудность в лечении таких больных состоит в том, что через 2—3 месяца трезвой жизни, позабыв трагедию прошлого пьянства, после работы чувствуют себя «не в своей тарелке», духовные интересы весьма скромны, и без водки, прежних собутыльников до того скучно, что «уж лучше запои». И начинают «увиливать» от подкрепляющих эмоционально-стрессовых гипнотических сеансов, отказываются от антабуса, дескать, ослабляет половую функцию, пытаются уверить близких, врача, что теперь-то уж смогут они пить «как все люди». Мниховский (1886, с. 55), описывая подобных субъектов, замечает, что они относятся к болезням, как дети: признают лишь «такую болезнь, которая проявляется острой болью или какими-нибудь наружными признаками, например нарывом, опухо-

* Ганнушкин понимает здесь «наркоманию» широко (включая в нее и алкоголизм).

лью, которые можно было бы ощупать пальцем, чтобы удостовериться в их существовании». «Лечение (...) начинается тогда, когда болезнь произвела крупные опустошения, и прекращается в самом начале, лишь только почувствовалось облегчение». Ругаются с близкими перед каждым визитом к врачу, прячут антабус под язык и, выпив воду, спешат в туалет выплюнуть лекарство*. Алкогольные соблазны вокруг пациента, бывшие собутыльники с коварной ухмылкой решают тут дело. Лишь в тех случаях, когда больной, начав лечиться, приводит к врачу прежних своих собутыльников и лечится с ними «за компанию» или находит увлекательное занятие (спорт, аквариум, строительство дачи, собака и т. п.), наступают длительные ремиссии. Следует, сколько возможно, бороться здесь с примитивностью пациента, пытаться будить спящие иногда не мертвым сном духовные интересы. Бывает, такой пациент, отказывающийся от гипноза и антабуса, благодаря только теплому врачебному вниманию и беседам «про жизнь», целые годы приходит амбулаторно раза два в месяц «доложить» доктору, что в рот не берет и потолковать об интересных предметах.

Эти трудолюбивые алкоголики в стационаре нередко делаются печальными или развязными без привычной работы (например, слесарной, токарной). Потому здесь особенно желательно ввести в лечение привычный им труд. Лучший в наши дни вариант стационарной терапии прежде всего для этой группы больных (видимо, самой большой) есть разработанное в последние годы под руководством В.Е. Рожнова трехмесячное (и долее) «сочетанное психотерапевтическое и трудовое лечение алкоголиков, при котором ведущее значение приобретает взаимодействие психотерапевтических методов лечения с активной, полноценной работой в условиях заводского предприятия»**. Эта система лечения, возникшая в начале 1968 г. на загородной клинической базе нашей кафедры психотерапии (ЦИУврачей) в Рузской психотерапевтической больнице № 4 Московской области (в то время главный врач — В.С. Чугунов, ныне — В.А. Сыров), включает в себя атмосферу оптимизма и веры в лечение, коллективную эмоционально-стрессовую гипнотерапию по В.Е. Рожнову, аутогенную тренировку, рациональные психотерапевтические беседы, медикаментозное лечение, и все

* Чтобы быть уверенным, что лекарство попало в желудок, следует порошок антабуса высыпать в стакан с водой или молоком и дать выпить, пояснив: «чтоб лучше всосалось».

** Сегодняшнее название — метод больнично-заводских профилакториев для алкоголиков.

это — в условиях труда на Дороховском стекольном заводе (Рожнов В.Е. Эффективность трудовой терапии // Мед. газета, 23 июня 1972, с. 2). Директор завода П.В. Зворыкин с помощью больницы открыл заводское отделение (100 коек) для алкоголиков. С душевным азартом энтузиаста он показывает-рассказывает нашим врачам-курсантам, где тут, в отделении, у него гипнотарий и где палаты.

Случай 5.

Больной К., 39 лет, 1929 г. рождения, слесарь.

Мать больного, тревожная, добрая, малограмотная, непьющая, рассказывает, что «вся семья мужа слабохарактерная, упрямая и пьяная». Отец был «запойным пьяницей» еще до рождения детей — четырех сыновей. Все три младших брата больного «похожи характером на отца», смолоду пьянствовали, все трое лечились в психиатрических больницах от «белой горячки». К. тоже «с детства похож на отца характером», «такой же покладистый, слабовольный и вдруг упрямый», похож и внешне широким, веселым, добродушным лицом. К. родился от первой беременности. Мать, в то время крестьянка, косила, пахала беременная. Родила в срок, «на печке», роды нормальные, легкие. До года вскармливала грудью, был «спокойный ребенок», в конце первого года ходил. После года стал говорить отдельные слова, с 2 лет «бойко говорил фразами». Отца и матери весь день не было дома, подолгу сидел один, «играл деревяшками», любил слушать сказки бабушки, «бегал на коньках». С 3 лет ходил в детский сад, удивил там воспитательницу хорошей памятью, запомнив сразу «всех вождей». Перенес в детстве в легкой форме воспаление легких и корь. В 7 лет пошел в школу. Учился неохотно, но в те дни, когда мать заставляла делать уроки, приносил хорошие отметки. Учительница жаловалась, что «болтает на уроках», стреляет в школе из рогатки. Часто обманывал мать. Так, в 9 лет 2 недели прогуливал школу (нашли с приятелем двух щенков, гуляли с ними), дома же рассказывал матери, «что было в школе». В 12 лет мать догнала его, курящего, «уронил» тут же папиросу. Хотя папироса дымилась у ног, клялся, что папироса не его. В то же время был очень трудолюбив: ухаживал заботливо за коровой, мыл полы. Больше тянулся к «работе руками». В 10 лет сам с удовольствием сшил себе сапоги. Всегда «нравилось что-нибудь мастерить». Ловил птиц, делал для них клетки. Иногда «трудно, увалень, раскачивался на новое дело, но, раскачавшись, работал споро». С детства «смекалистый в хозяйстве», любит животных, особенно собак, кошек, голубей, просился ребенком стеречь лошадей. С 4 лет



рос без отца. Помнит, как отец ушел из дому и в тот же день вернулся за галстуком и валенками. В 6 лет переехал с матерью из деревни в Москву, к деду. С малых лет, несмотря на шалости, вранье, был добрый, душевный, покладистый, безотказный. Хлеб от школьного «дарового» обеда прятал и приносил матери. Был всегда «слабохарактерный», слабовольный, доверчивый и в то же время очень упрямый. Легко раздражался и быстро успокаивался. Однако при всем добродушии, «осадок» от большой обиды держался долго. Так, до сих пор обижен на отца за то, что бросил мать с четырьмя детьми и не помогал. 2 года назад встретил отца, «говорить было не о чем, выпили на мои деньги и разошлись». В 12 лет (уже во время войны) отрезал хлеба от буханки деда с бабушкой. Дед рассердился: «Мы сами недоедаем». Обидевшись на себя и деда, несколько дней не приходил домой, спал где-то в сарае. Однако через несколько месяцев после этого украл у бабушки деньги, купил голубя и спрятал в ванной. Всегда совестливый, скромный, немного стеснительный, не прочь был безобидно похвастать (например, хвастал во дворе ребятам, что зарабатывает, хотя еще не работал тогда). В то же время стеснялся, когда мать хвалила его при ком-нибудь, просил: «Хватит обо мне!» С детства любит угодить человеку, «уважить». Становилось «хорошо на душе» от бескорыстной помощи кому-нибудь. В тяжелые военные и послевоенные дни отдавал полураздетым ребятам во дворе свою одежду (пиджак, рубашку). В школе учился средне, от чтения книг, уроков в школе удовольствия не получал. Окончил 7 классов. Мать просила поступить в техникум, поступил в техникум цветных металлов, но на втором курсе (17 лет) «связался с девчонками» (легко вступал в половые связи, половое чувство довольно сильное), понадобились деньги, без сожаления ушел из техникума на завод и работает слесарем (6-й разряд). Работал охотно, «артельно», с шутками, без работы скучал. Склонен был еще до алкоголизма к грубоватой шутке. Как-то заводской приятель «при ребятах» посмеялся над ним: «У него дома конь есть». «А у тебя кобыла!» — засмеялся К. И с тех пор при всяком удобном случае старался дать этому приятелю, например, пуговицу, со смехом и словами: «На, снеси своей кобыле». В еде разборчив не был, ел, что дадут. В трудную минуту решителен, смел. Чаще весел и доволен собой.

В 19 лет, приглашенный приятелями, стал ходить с ними пить водку раза два в месяц («с получки и аванса»); до этого алкоголя почти не пробовал. Уже в первые выпивки «очень понравилось быть пьяным», «забалделым»; пил сразу 300–500,0 водки, обнаружил, что пьянеет труднее других («выпи-

ли одинаково, все валяются, а я хожу ровно»). Голова наутро никогда не болела. Когда через несколько месяцев такой жизни провожали его на военную службу, захотел напиться, чтоб не видеть, как мать и тетка плачут, провожая его. Выпил литр водки, но «не помогло: на ногах держался крепко и все понимал». На военной службе выпить удавалось редко, но случаем всегда пользовался, «скучал» по водке, по «забалдению». Отслужив в армии 3 года, приехал домой (23 года) и стал по вечерам «с ребятами» часто (3–4 раза в неделю) выпивать. За вечер мог выпить до 1,5 л водки, никогда до болезни не рвало (даже впоследствии в больнице не могли подобрать ему рвотную дозу апоморфина). Через 1,5 года после армии (24 года) — первые похмельные абстинентные симптомы: стал плохо спать, просыпаться от кошмаров, утром дрожали руки, вставал с пугливостью, все это смягчалось кружкой пива, которую бегал пить рано утром в палатку по задворкам, «кого-то почему-то боясь». Через час-два после опохмеления снова начинало «сосать» и «все мысли были о том, где бы достать». В 1960 г. (31 год, 7-й год болезни) уже не мог «поправиться» пивом, а только стаканом водки. В это время у него как-то единственный раз до сих пор была рвота. Рвало «зеленью» через сутки после того, как выпил 2 л водки и «еще пива». Примерно через 3 года после армии (26 лет, 2-й год болезни) заметил, что не способен остановиться после стакана водки, возникала сильная тяга к «спиртному», «терял себя» и напивался. Тогда же стал пить и суррогаты (денатурат, политуру) и заметил, что «начисто» забывает некоторые истории, которые приключались с ним, когда был пьян, хотя другие «истории», случившиеся позже в тот же пьяный вечер, нередко помнил. Пьянствовал тогда уже почти каждый день, через год появились запои до недели. После запоя в течение 1–2 дней «выхаживался», на спиртное смотреть не мог. Потом снова «начинало сосать». В то время, как-то бессонной ночью через день после запоя, появились перед глазами «мухи», стал отмахиваться от них, встал с постели, «увидел» в окно на снегу «штук 500 или 700 серых кроликов», разбудил мать ловить кроликов, вышли вместе на улицу, там кроликов не оказалось. Утром ясно понимал, что «все это казалось от водки», больше такого не повторялось. С этого времени, со слов близких больного, заметно изменилась картина опьянения: «делался в пьяном виде разъяренным и придирчивым» (до этого пьяным был добродушный и веселый). С появлением запоев стал прогуливать работу, стеснялся идти на работу после прогула, увольнялся, сменил много работ. В 24 года женился, прожили с женой 8 лет, «ругаясь за водку», и она развелась с ним. В 1964–1965 гг. (14–15-й годы

болезни) стал продавать и закладывать вещи, чтоб достать денег на водку (пропил чашки, шторы, пропил мешок картошки, который старая мать привезла из деревни от сестры), стал от двух стаканов водки «сильно пьянеть» и «валиться в снег или в канаву», «часто при этом обольется весь» (слова матери). 4 года назад, наконец, согласился твердо пойти с матерью к врачу. Был направлен в психиатрическую больницу № 13, где лечился антабусом, апоморфином; через день после выписки из больницы снова пьянствовал. Временами неохотно лечился амбулаторно антабусом, искал «причины» лишний раз не принять лекарство, поговаривал, что «всякое лекарство одно лечит, другое травит». Заботой о своем здоровье раньше, однако, не отличался. Упорным внушением в гипнотическом сне не удалось выработать даже тошнотную реакцию на вкус и запах алкоголя (96° спирта). Через 2–3 месяца лечения отказывался принимать лекарство, уверял, что теперь он уже сможет пить, «как все», «понемногу» (а то «все ребята смеются над ним», он выйти к ним во двор не может), и запивал. Мать больного считает, что за время болезни он изменился характером (в трезвом виде) только в том, что стал гораздо раздражительнее, «чаще психует», гораздо больше врет, чем до болезни. В остальном прежний: «такой же веселый, простой, добрый, любит уважить» и пр.

В кабинете врача добродушен, однако легко раздражается на старую мать (уставшую от его пьянства), когда она попрекает его водкой: при враче называет ее «бестолочью» и т. п. В разговоре о выпивке оживляется, блестят глаза, глотает слюну. То покладист, то детски упрям по одному поводу. Алкоголиком себя не считает. Никак не может согласиться с тем, что ему нельзя пить совсем. Не знает, почему начал пьянствовать; возможно, потому, что «некуда было себя деть после работы». Газет почти не читает, событиями в мире интересуется мало (впрочем, так было и до болезни). Достаточно хорошо объясняет переносный смысл пословиц. Немного хвастает. Бесхитростно обманывает, что принял вчера лекарство, хотя наверно знает, что рядом сидящая мать тут же «выдаст» его.

Память довольно хорошая; жалуется, что в последние годы стала хуже.

Атлетически-диспластического телосложения. Знаков органического поражения мозга неврологически не обнаружено. Соматически — без патологии. Налицо, однако, дизрафические знаки (акромегалоидные черты, асимметричный череп). Год назад больной в очередной раз отказался принимать лекарство, опасаясь за «половую функцию». К тому времени удалось установить с ним добрые отношения, и до сих пор он раз в месяц

приходит с матерью в диспансер «доложить», что «не пьет ни капли» и не собирается больше проверять, сможет ли пить, «как все». После разговора «о жизни вообще» уходит, видимо, довольный. Однако, когда дома гости пьют водку, мрачнеет, раздражается, жалуется: «Вам хорошо, выпили». Уходит из дому, чтоб не «сорваться». Читает «от нечего делать» книги «про шпионов», не помнит названий этих книг, ходит с семилетним племянником в кино и на выставки. Недавно «врезал» брату за то, что тот дал попробовать этому мальчику водки*.

6.6. О «ПРОСТОДУШНОМ АЛКОГОЛИКЕ» (1983) [34)]

Основоположником клинико-типологического подхода, т. е. подхода с учетом личностных свойств, к больным алкоголизмом в целях дифференцированной терапии, видимо, следует считать С.А. Суханова (1909). Такой подход интенсивно развивается у нас в последние годы (Павлов И.С., 1974; Иванец, Игонин, 1976; Небаракова, 1976; Новиков, 1976).

«Простодушный» вариант личности больных хроническим алкоголизмом (Бурно М., 1968, 1973)**, возникающий на соответствующей преморбидной личностной непсихопатической почве, встречается в клинической практике довольно часто. За последние 15 лет он был отмечен у 1315 из 2016 больных алкоголизмом, которых мне пришлось лечить или только консультировать в России (почти у 65%).

Ранее преморбидный душевный склад этих больных я обозначал как «слабовольная примитивная личность» или «простодушная примитивная (духовно-ограниченная) личность». В процессе пьянства они превращались в «простодушных примитивных (духовно-ограниченных) алкоголиков». Однако в последние годы пришлось наблюдать немало пациентов подобного душевного склада, к которым не подходило определение «примитивный». Поэтому правильнее будет ограничиться для обозначения этой группы термином «простодушный» («простодушная личность», «простодушный вариант личности больных алкоголизмом», «простодушный алкоголик»). Под примитивностью (духовной ограниченностью) обычно понимается неспособность получать истинное удовольствие от серьезных духовных занятий — произведений искусства, литературы, театра, фильмов, живописи и музыки при достаточных способностях, позволяющих получить образование и адаптироваться в жизни. Таким людям

* Еще через 2 года трезвой жизни (1975) К. заболел сирингомиелией. *(Прим. 2006 г.)*

** См. работы 6.1, 6.3, 6.5.

нередко присущи практическая смекалка, способность умело и точно производить ручную работу. Очень часто у них можно наблюдать артистичность в работе (о таких говорят «золотые руки»), а это уже никак не вяжется с понятием «примитивность». Это скорее преимущественно практически-техническая (не столько с анализом, сколько со смекалкой) личностная направленность.

Указанная особенность в данном личностном варианте тесно связана с «простодушием», и оно есть ведущее здесь. В простодушии вообще обычно присутствует смекалистость, но не аналитичность. Простодушие включает в себя доверчивость, но не следует его понимать как безграничную наивность, влекущую к постоянной обманутости. Это скорее бесхитростность, проникнутая нередко нравственным благородством, доверчивость, происходящая от доброжелательного отношения к людям, соединенные с практической сметкой в житейских делах, иногда с некоторым добрым лукавством. Детская наивность и «растяпство» гораздо больше характерны для неустойчивой ювенильной натуры, нежели для простодушной. В то же время простодушному человеку (во всяком случае при данном личностном варианте) свойственны слабоволие, внушаемость и в то же время упрямство, грубоватая раздражительность с легкой отходчивостью, флегматическое добросердечие, покладистость, скромность, легкая застенчивость, известная «широта натуры», безотказность, душевность, сказывающаяся и в отношении к животным, немногословность, иногда угрюмость, которую можно принять за замкнутость. Ранимость, «переживательность» этих натур проявляется, например, в том, что им легче уволиться, чем прийти на работу после запоя. Они совестливы и жалостливы. Шофер Л., 34 лет, не был виноват в том, что под его машину (не смертельно) попала старушка, но, глубоко расстроившись по этому поводу, из шоферов ушел. Другой мой пациент М., 39 лет, тоже шофер, не в силах был задавить собаку и въехал в кювет.

Пациенты эти нередко богатырского сложения, которое можно назвать атлетоидно-диспластическим с «медвежьим» оттенком, и в этой, несколько даже «обвисшей», могуче-мягкой, ленивой мускулистости также светится добродушие. Отличаясь смелостью, благородством в опасности, они весьма обидчивы. Обидевшись, надолго способны пригорюниться, но не мстительны.

Несколько особенностей этих людей, весьма способствующих их алкоголизации. Во-первых, это отсутствие интересов к духовным занятиям. Когда такой человек, например, намастерил дома больше чем надо, полок, шкафчиков и

т. п., ему буквально некуда деть себя после работы, он скучает в бездействии, засыпая с книгой, газетой или даже в кино. Он уходит из дома, садится с приятелями во дворе играть в домино или в карты, и тут довольно легко склонить его к выпивке. Во-вторых, испытав однажды успокаивающее действие спиртного, он втихомолку, обидчивый, с большой охотой прибегает к этому успокоителю в минуты служебных и семейных неприятностей или когда просто от скуки киснет и кручинится. В-третьих, отличаясь, как правило, от рождения высокой, «богатырской», толерантностью к спиртному и одновременно неприязнью к слабым винам, раздражающим его, такого рода человек тянется к злоупотреблению крепкими напитками, к алкогольному наркозу ради «одурения», основательно пропитывая себя спиртным.

Хронический алкоголизм формируется на данной почве обычно быстро — за $^{1}/_{2}$–3 года пьянства. Через несколько лет болезни (2–5) возникают истинные запои. Однако выраженных алкогольных изменений личности долгое время (нередко до появления признаков деградации) не отмечается — в силу преморбидной душевной несложности, грубоватости, отсутствия тонких характерологических структур, выразительно разрушающихся под ливнем алкогольной интоксикации (как, например, в ювенильных случаях). Тип изменения личности и деградации обычно укладывается в рамки «апатического» (Портнов, Пятницкая, 1971), «алкогольной деградации с аспонтанностью» (Иванец, Игонин, 1976) или «деградации личности по алкогольному типу» (Стрельчук, 1973).

Настоящий личностный вариант предстает отчетливей в сравнении с другими, также нередко впадающими в хронический алкоголизм. *Синтонная (сангвиническая) личность* отличается от *простодушной личности* живой общительностью, уютностью, тягой к ярким чувственным удовольствиям от земных благ и в то же время практичностью, выразительной хитроватостью (ноздревской, фальстафовской или кола-брюньоновской). Тут нет доверчивого простодушия Иванушки-дурачка. Отмечается склонность к эндогенным колебаниям настроения и часто пикническое телосложение. *Астеническая личность* выказывает прежде всего тот явственный комплекс собственной неполноценности, выражающийся суетливостью, тревожной мнительностью, капризно-раздражительной ранимостью, нерешительностью и застенчивостью, который легко отличить от простоватой скромности-застенчивости *простодушного*. *Эпитимная* личность отличается от *простодушного* прежде всего прямолинейностью мышления, соответственной склонностью к сверхценным образованиям и напряженно-инертным дисфорическим аффектом. *Простодушную личность* с ее инертно-

стью бывает трудно раскачать до гнева, но и возможный здесь сокрушающий гнев все же не проникнут дисфоричностью, это не въедливо-садистические или крошащие все вокруг эпитимные (эпилептоидные) молнии, а раздражение, напоминающее освежающе-размашистый гром в природе. От *ювенильной простодушная личность* отличается отсутствием достаточно тонкой и красочной ювенильно-художественной живости, мечтательности с лирической печалью о несбывшихся надеждах. Приведем краткие клинико-характерологические описания.

Больной К., 45 лет, инженер-строитель. В беседе угрюм, немногословен, его называют «молчуном». Просто, скромно, с внутренней добротой рассказывает о том, как хорошо на душе, когда там, где была земля, «не без твоего участия» возник туннель. Любит работать по пояс в воде и чтобы еще сверху капало. С простоватой виноватостью соглашается, что разные они с женой люди, хотя и родной она ему человек. Она все тащит его на художественные выставки, требует, чтобы читал романы, повести, о которых все говорят, а ему хочется жить проще — полежать после работы, покопаться в машине, в приемнике. Тем не менее приспосабливается как может: например, с наивным лукавством идет с женой на выставку или в отдел тканей, «когда от жены что-то нужно». Не любит рассказывать о себе, говорит с задушевной протяжностью, басом, как в бочку, в то же время несколько застенчив. Раним, чувствителен и жалостлив при всей угрюмости. Художественного читает мало, любит несколько грустно-смешных рассказов О’Генри. Запьянствовал 2 года назад с подругой-учетчицей, для которой он «бог» (она восхищается им, не упрекает в отсутствии интересов к выставкам и журналам). Последние месяцы пил запоями («по-черному») с выраженным тремором и тягостными самообвинениями в абстинентном похмелье. Оживляется, веселеет, краснеет в разговоре о подробностях выпивки.

Больной Р., 40 лет, капитан-директор рыболовецкого судна. За алкогольными ужимками и жаргоном отчетливо видятся инертная «медвежья» неуклюжесть, чистосердечная размашистость, бесхитростность с лукавством, доверчивость, покладистость, слабохарактерность (выпить, погулять, случайные связи и т. д.). Полагает, что медленно раскачивается, но уж, раскачавшись, расшумится, «хотя за сорок лет мухи не тронул». Чувствителен, раздражителен по обстоятельствам, но отходчив, не жесток, не мстителен, с внутренним благородством, готов «до самого конца» прощать обиды («по рукам — и все»). Пьянствовать стал с высокой врожденной толерантностью

(0,8–1 л водки), «чтоб хорошо с ребятами посидеть, расслабиться» после нескольких месяцев тяжелой работы в море. Тяжелые истинные запои. Сделался агрессивным в состоянии опьянения. Никого не винит в своем пьянстве, кроме себя, грустно соглашается, что болен, однако с грубоватым добродушием поправляет, что «не пьянствовал, а просто выпивал больше, чем положено». Неискренности, дисфорического оттенка не обнаруживается. Заметно волнуется по поводу решения о дальнейшей своей жизни: «Может быть, до сорока лет плавал, на берегу пил-гулял, а теперь все, по-семейному жить буду?..»

Человек «простодушного» душевного склада не психопат. Однако в современной систематике психопатий находим психопатическую личность, представляющую собой болезненный гротеск «простодушного». Это бестормозный вариант органической психопатии Сухаревой (1959), кстати сказать, также весьма предрасположенный к алкоголизму. Общими являются здесь и диспластические (дизрафические) моменты в виде акромегалоидности, неуклюжести, асимметричного черепа, неравномерности рефлексов, скудной мимики и т. п. Все это, как известно, обычно встречается и у заболевших сирингомиелией.

Таким образом, и тут (как и в случаях эпитим-эпилептоид, шизотим-шизоид, синтонный-циклоид и т. д.) соблюдается традиционное созвучие данного «простодушного» личностного склада с соответствующим ему в патологии психопатическим вариантом. Однако это не значит, что настоящий преморбидно здоровый душевный склад должно обозначить соответствующим «психопатически-ослабленным» термином. Психологичность наименования «простодушный» лишь кажущаяся. Как и термин «синтонный» (сангвинический), оно отражает норму, хотя и получено не экспериментально-психологически, а в процессе клинического исследования.

Отмечал уже, что главное в лечении «простодушных» алкоголиков — это, по возможности, занять их на досуге делами, пытаться будить спящие интересы (Бурно М., 1973; см. работу 6.5). Однако трудно требовать от такого человека, чтобы он интересовался тем, что ему чуждо. Это обычная ошибка близких больного. Например, его тянут в музей Чюрлениса, но он упирается, предпочитает покурить у входа в ожидании близких и нередко при этом опасно (в смысле возможного срыва) напряжен ощущением того, что находится не в своей тарелке. Дела, обычно могущие стать интересными этим натурам, — спорт, выпиливание, выжигание, фотография, всяческое техническое творчество, строительство дачи и т. п. Сложилось у меня отчетливое впечатление о внутренней, часто неосознанной тяге этих пациентов к живой природе со способностью успокаиваться в общении с растениями, живот-

ными. Многие из них говорят о том, что знают чутьем, где искать грибы, ягоды, и не могут это объяснить. Так, один мой пациент К., 40 лет, слесарь, приезжает в как будто бы бедный грибами лес, спит в ватнике на поляне среди природы и затем идет вслед за «пустыми» грибниками, наполняя свои корзины боровиками и подосиновиками.

Структура гипноза здесь почти во всех случаях — «стертый» сомнамбулизм, сказывающийся в отрешенности от окружающего с застывшим взором, эмоциональным параличом ничем не пробиваемого спокойствия, в невозможности внушить положительные и отрицательные галлюцинации, постгипнотическую амнезию, в невозможности суживаться сознанием до дезориентировки при снохождении, двигательной подчиняемости своему врачу. Таким образом, оживляющаяся при гипнотизации индивидуальная душевная защита выказывает неспособность ювенильно вытеснять неугодное (например, то, что нельзя нисколько выпить спиртного). И срывы случаются здесь не потому, что больной «забывает» или «вытесняет», что нельзя выпить, а от досадности своего положения «белой вороны» в обстановке застолья. Так, один мой пациент (С., 43 лет, слесарь) усадил приехавших родственников пить-гулять в кухне, сам же, скрепя сердце, смотрел в комнате телевизор. Но когда гости запели, сделалось «совсем тошно», не выдержал и «вмазал» с ними. Здесь нет ювенильно-виртуозной способности вытеснять из сознания неугодное, но есть «отчаянно-размашистая» чувствительность, и следует пытаться терпеливо развивать трезвые интересы и радости пациента, дабы менее ущемленным, несчастным чувствовал себя вблизи застолья.

Считаю возможным говорить здесь с уверенностью об эффективности лечения лишь тех 27 больных, которых сам непосредственно лечил и лечу уже более 5 лет. Мне удалось войти с ними в достаточно глубокий психотерапевтический контакт, в силу которого больной, сорвавшись, доверительно стремится к врачу. Этой доверительностью проникнуты индивидуальные беседы, сеансы групповой психотерапии в бодрствующем состоянии, коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия (по Рожнову), занятия в антиалкогольном клубе, лечение тетурамом по временам и т. д. В среднем трезвой трудоспособной жизни на каждого из этих моих пациентов приходится $11-11^1/_2$ мес. в году.

6.7. Алкоголизм у психопатов (лекция) (1975) [19)]

Основа всякого добротного лечебного вмешательства в больного алкоголизмом есть клиническое психотерапевтиче-

ское воздействие, т. е. отправляющееся от подробностей клинической картины и прежде всего от особенностей личности больного. О том, что личность алкоголика есть узловой вопрос всей алкогольной проблемы, видимо, впервые с отчетливостью сказал русский психиатр С.А. Суханов*. В 1909 г. он предлагал классифицировать больных алкоголизмом не по тяжести заболевания (есть запои или их нет), а «обращая главное внимание на патологическую психологию индивидуального алкоголизма», так как именно это прежде всего обусловливает тяжесть течения болезни, именно это «может дать более рациональные основания для терапии алкоголизма вообще и для его психотерапии в частности» (Суханов, 1909, с. 221). Уже тогда Суханов кратко клинически изобразил четыре своих типа больных алкоголизмом — с психастенической, истерической, резонирующей и эпилептической «нервно-психической организацией». Суханов по существу отметил особенности развития, клиники и лечения алкоголизма у различных психопатов («патологических характеров», как говорили раньше). Несомненно, однако, что гораздо больше среди алкоголиков людей без психопатического преморбида, но и тут психопатологическая картина, а значит и психотерапия, определяются личностью. Суханов (1909) сказал, что «каждому патологическому характеру соответствует свой нормальный характер». Проблема «психопатии и алкоголизм» в связи со всем этим важна для нас не только тем, что прямо связана с лечебной помощью психопату-алкоголику и предупреждением алкоголизма у психопатов, но и тем, что врачу понятнее становятся личностные особенности алкоголиков с нормальным, непсихопатическим преморбидом.

Однако, прежде чем вплотную подойти к психопатам-алкоголикам, следует по возможности разобраться в весьма запутанной в настоящее время проблеме психопатий.

Не удивительно, что в учении о психопатиях более всего сделано в мире теми двумя психиатрическими школами, где истинный клиницизм, совершенствуя себя, смог с ювелирно-научной тонкостью проникнуть в сложности больной личности. Это немецкая классическая психиатрия и психиатрия отечественная. В этом смысле А.В. Снежневский (1970, с. 163) заметил, что если США по праву называют второй родиной психоанализа, то наша страна «с полным основанием может считаться второй родиной традиционной клинической психиатрии». Если же попытаться высветить крупнейшие психиатрические фигуры, которым прежде всего обязано своим настоящим состоянием учение о психопатиях,

* Сергей Алексеевич Суханов (1867–1915).

то это, несомненно, Курт Шнейдер (Kurt Schneider, 1887–1967)*, опубликовавший первое издание «Психопатических личностей» в 1923 г., и Петр Борисович Ганнушкин (1875–1933), успевший перед смертью подписать в свет «Клинику психопатий» (1933). Книга Ганнушкина написана в иной, истинно клинической, манере, нежели книга Шнейдера: с истинно русской глубинно-психологической самобытностью, какой отмечены разве только художественные работы Л. Толстого и А. Чехова. Светящееся в каждой странице Ганнушкина сдержанное неравнодушие к больному усиливает точность научной мысли до впечатления «высшей психиатрической математики». Не хочу утверждать, что книга Ганнушкина выше книги Шнейдера, в которой психопатические типы символически-силуэтнее, феноменологически-отвлеченнее, проникнуты красивой энергичной строгостью. Шнейдер классичен по-своему, и одна классическая книга не может быть лучше другой. Однако весьма жаль, что зарубежные психиатры, психотерапевты, не знающие по-русски, не могут читать нестареющую, не переведенную пока книгу Ганнушкина всю свою врачебную жизнь, как делаем это мы.

В психиатрии английского и французского языка, особенно в психоаналитических работах, о психопатиях в большинстве случаев или не говорят вовсе, включая этих больных в море психоаналитического «невроза», или считают психопатами лишь пограничных субъектов с асоциально-агрессивным поведением.

Книга Курта Шнейдера и книга П.Б. Ганнушкина есть, по существу, две различные, подробно разработанные клинические концепции психопатий с мастерским описанием психопатических типов. Курт Шнейдер (1940, 1955) опирается на предшествующие ему глубокие немецкие исследования о психопатиях, прежде всего Эмиля Крепелина (Emil Kraepelin) (1923)** и Эрнста Кречмера (Ernst Kretschmer) (1930)***, во многом, однако, не соглашаясь с этими авторами. Так, Шнейдер (1955) справедливо не соглашается с Крепелином и Кречмером в том, что психопатии есть «предрасположения», «переходы» («постепенные развития») к психозам, по-

* В пятом издании «Учебника психиатрии» (1896 г.) Э. Крепелина (1856–1926) уже есть глава «Психопатические состояния (дегенеративные помешательства)», и психопаты здесь уже делятся на группы. Крепелин отправляется в своих представлениях о психопатах от морелевского учения о вырождающихся (дегенератах).

** Первое издание книги Э. Кречмера (1888–1964) «Строение тела и характер» вышло в 1921 г.

*** См. Wer ist Wer? Band 1. Herausgegeben von Walter Habel. Arani Verlag—Gmb H., Berlin, 1967, s. 1765; Wer ist Wer? Berlin, 1970, s. 1516.

добно тому как в соматологии, например, «нарушения обмена сахара» переходят в «выраженный диабет». В психиатрической клинике Шнейдер не находит этому подтверждения: «Случаи, при которых нельзя определить, налицо ли заболевание или особенность характера, встречаются редко». Эти случаи не являются «принципиально неразрешимыми», не представляют собой «действительных переходов»: «просто за время наблюдения больного не удалось распознать заболевания». Не удалось распознать его и раньше, когда оно было в еще более легкой форме. Итак, «здоровое состояние» (норма) может совершить «постепенный переход» к соматической болезни, но не к психической. Шнейдер глубоко прав, отказываясь считать психопатии предрасположенностью, промежуточным состоянием, «постепенным переходом» к психозам*. Например, предрасположенность (диатез) к шизофрении действительно лишь внешне грубо напоминает шизоидную психопатию**. Но ясно, что Шнейдер отказывается отличать предрасположенность (возможность болезни) от патологического процесса, полагая, что шизофрения и циклотимия*** не имеют начала, во всяком случае медленного: то, что называют здесь преморбидной нормой или аномалией, уже есть скрытое морбидное состояние в качестве предпосылки для психоза, подобно тому как на почве хронического алкоголизма при действии «нового компонента» возникает белая горячка. Соматические же болезни могут возникать не только таким образом (туберкулез, рассеянный склероз), но и как медленная «гипертрофия физических аномалий или органических дисфункций» (тиреотоксикоз, диабет). Непонятно, однако, почему в таком случае «нарушения обмена сахара», медленно переходящие, гипертрофирующиеся в диабет, не есть тоже скрытая бо-

* Венский психиатр Иозеф Берце (Josef Berze, 1935, s. 600) писал по этому поводу еще более четко, протестуя, например, против смешения понятий «шизоид» (шизоидный психопат) и «кандидат в шизофреники» (препсихотическая личность): «Шизоид есть конституционально-характерологическое понятие, а не процессуальное (предпроцессуальное), и он заболевает шизофренией неизвестно чаще ли, чем другой психопат». См. также реферат этой работы, сделанный С.И. Консторумом (1936).

** Это, видимо, можно сравнить с известными утверждениями соматологов о том, что озлокачествляется, как правило, лишь тот предрак (облигатный), который есть по существу латентный этап ракового процесса, в отличие от факультативных предраков, скорее случайных, чем закономерных. В то же время различить эти предраки бывает весьма трудно (Давыдовский И. В., 1969, с. 583). О клинической картине шизофренического диатеза см. главу К. Берингера (K. Beringer, 1932) в IX томе Руководства по психиатрии О. Бумке, а также в работе Л. Д. Гиссена (1965).

*** Циркулярный (маниакально-депрессивный) психоз в нашем понимании.

лезнь, а есть только аномалия (вариант нормы). Итак, если нет предрасположенности (диатеза), то есть либо пожизненная патология (то в легкой, то в сильной форме), либо отсутствие патологии (болезни). Шнейдер согласен называть душевной болезнью «лишь такую духовную аномалию*, которая вызывается патологией в органических процессах». Прочее же есть просто «аномальные душевные состояния», и «аномалия» здесь рассматривается как разновидность «нормы», поскольку «нет принципиальных различий между нормой и аномалией». Шнейдер подчеркивает, что эти «*аномальные личности* — отклонения от обычной, средней нормы психической деятельности». От нормы, но не от здоровья. Психопаты — врожденный вариант аномальных личностей, это те, «которые страдают от своей аномалии или от аномалии которых страдает общество». Более подробного и клинически-конкретного определения психопатии Шнейдер не дает, оно ему и не нужно, так как психопатии «не представляют собой патологии», так как «нет повода относить их к заболеваниям или уродствам». Психопаты, по Шнейдеру, как состояния без «патологии в органических процессах», принадлежат к душевному здоровью, а не «к области пограничной между душевным здоровьем и болезнью», как считал Э. Крепелин (1923, с. 339). Конституциональный подход

---

* Аномалия (греч. *anomalia*) — отклонение от общего правила, неправильность.

** Э. Кречмер (1930) описал шизоидную и циклоидную психопатию как промежуточные состояния между здоровьем с определенной душевнотелесной физиономией (шизотимы, циклотимы) и соответствующим психозом (шизофрения, циркулярный психоз). Впервые так подробно изучил Кречмер телесные (в том числе эндокринные) особенности, моторику при всех этих состояниях, составляющих две широкие группы — шизотимическую и циклотимическую, и нашел предпочтительные душевнотелесные корреляции (например, астеническое или лептосомное телосложение, неблестящая, плохо отграниченная, с полупустыми местами лысина у шизотимиков — нормальные шизотимы, шизоиды, шизофреники, пикническое телосложение, широкая «полированная» лысина у циклотимиков — нормальные циклотимы, циклоиды, циркулярные). К сожалению, Кречмер сосредоточился лишь на общем в этих двух больших группах людей. Как удачно выразился гейдельбергский психиатр К. Берингер (Beringer, 1932), «Кречмер сознательно стирает грани между здоровыми и больными и ставит целью проследить, как *грубые черты патологии* превращаются в миниатюры у здоровых». Потому Кречмер не отметил достаточно твердых дифференциально-диагностических отличий внутри каждой большой группы, он полагал даже о количественном перерастании шизоида в шизофреника, сделав, таким образом, термин «шизоид» грозным клеймом. Но и с этой задуманно-смысловой односторонностью книга Кречмера, несомненно, входит в золотой фонд мировой науки, а дифференциальная диагностика между шизоидом и шизофреником успешно изучалась, например, уже Ганнушкиным (1964).

к психопатиям Э. Кречмера**, его врачебное приглядывание к психопатическим душевным и соматическим особенностям с клинической, общемедицинской меркой смущает Шнейдера тем, что при таком подходе «типы психопатов выглядят как диагнозы, но такая аналогия несправедлива», ибо «психопат есть просто “такой человек” («Solch Mensch»), «а к людям, личностям нельзя применять метод постановки диагнозов, как к болезням и психическим последствиям заболеваний». По Шнейдеру, «при определении психопатических типов возможно, самое большее, указать на качества, характеризующие их в значительной мере, но эти качества не следует сравнивать с симптомами заболевания». Есть какая-то изящная несгибаемость мысли, из-за которой этот глубокий врач-ученый, признающий эффективность психотерапевтической работы с психопатами, не допускает существования как болезней этих «малых» душевных страданий, несомненно, патологических по своей структуре, выбивающих нередко из колеи жизни, требующих врачебного (не только педагогического) вмешательства, иногда стационирования в психиатрическую больницу, временного освобождения от работы и т. д. Подобным образом рассматривает психопатии современный ученик Шнейдера известный боннский профессор Ганс Вейтбрехт (Hans Weitbrecht). В своих «Основах психиатрии» (1968) он определяет психопатии строго по Шнейдеру и тоже возражает против постановки психопату диагноза в таком смысле, как ставят диагноз паралитику или шизофренику («Если в ежедневном клиническом жаргоне еще можно допустить выражение: «у такого-то господина речь идет не об эндогенной депрессии, а об ипохондрической психопатии», — то это не должно дать повода к непозволительному сравниванию»). Шнейдеровское понятие психопатии поддерживают многие психиатры немецкого языка, также отличаясь «скромной краткостью» (Курт Шнейдер) в отношении к терапии психопатов. Так, «дисциплинирование и создание соответствующего окружения» рекомендует здесь бернский профессор Шперри (Th. Spoerri, 1970, s. 135), и в этом, конечно, недостаточно истинно врачебного вмешательства. Нельзя сказать так, однако, об известном западногерманском профессоре Николаусе Петриловиче (Nikolaus Petrilowitsch, 1970, s. 197)*, который говорит о «симптомах» при психопатиях («анормальных личностях») и врачебно-подробно внедряет-

* Н. Петрилович, экстраординарный профессор, старший врач психиатрической клиники в Майнце, трагически погиб в 1970 г. в возрасте 45 лет от руки душевнобольного.



ся в вопросы терапии, хотя капитальная эта работа выполнена не столько в клиническом, сколько в структурно-психологическом духе. Не следуют строго за Шнейдером и восточногерманский Карл Леонгард (Karl Leonhard) с сотрудниками (1964). Например, «душевнобольными» в широком смысле считает психопатов Б. Бергманн (B. Bergmann, 1961, s. 1).

Теперь возвращаюсь к книге Ганнушкина (1964). Ганнушкин прежде всего не считает психопата здоровым человеком. «Степень психопатичности» может удалить психопата от «пограничной полосы» в «закрытое психиатрическое учреждение». Но «очень большое количество психопатов находится именно на границе между больными и здоровыми». От душевной болезни в узком смысле конституциональная психопатия как «эндогенная форма» отличается отсутствием «психоза-процесса», а от здоровой личности отличается «патологическими свойствами». Эти непсихотические «патологические свойства», мешающие «безболезненно для себя и для других приспособляться к окружающей среде», во-первых, есть «постоянные, врожденные свойства личности, которые, хотя и могут в течение жизни усиливаться или развиваться в определенном направлении, однако обычно не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» (так называемая стабильность психопатических свойств)*. Во-вторых, эти «патологические свойства» «более или менее определяют *весь* психический облик индивидуума, накладывая на *весь* его душевный уклад свой властный отпечаток, ибо существование в психике того или иного субъекта вообще каких-либо отдельных элементарных неправильностей и уклонений еще не дает основания причислять его к психопатам» (так называемая тотальность психопатических свойств). Итак, патологичность врожденных личностных свойств здесь настолько основательна, стабильна и тотальна, что психопаты, «находясь в обычной жизни, *резко* (курсив мой — *М. Б.*) отличаются от обыкновенных, нормальных людей». В то же время психопаты, «в стенах специального заведения для душевнобольных, не менее резко отличаются и от обычного населения этих учреждений». Таково клиническое определение психопата как больного. Только эти патологические, но не душевнобольные в узком смысле субъ-

---

* Мне приходится так много цитировать ради восстановления в этих сложных вопросах исторической и научной точности. К сожалению, в работах по психопатиям немало грубых ошибок в изложении мыслей наших и зарубежных классиков. Эти ошибки смогли ввести в заблуждение многих врачей, отчасти и по причине скудного цитирования.

екты есть психопаты. И если Шнейдер констатирует, что не найдено у психопатов каких-либо патологических соматических моментов с таким акцентом, будто их и не должно быть, то Ганнушкин объясняет это тем, что в деле изучения психопатической сомы «сделаны лишь первые шаги». Ганнушкин полагает, что сому психопата следует изучать исходя, во-первых, «из имеющихся у нас знаний относительно соматики эндогенных прогредиентных психозов и так называемых органических психозов в тесном смысле этого слова», а во-вторых, «из быстро развивающейся дисциплины, имеющей целью установление и объяснение индивидуальных особенностей соматики (соматических конституций) различных человеческих групп» (тут идет речь об изучении строения тела, моторики, деятельности желез внутренней секреции, реакций межуточной ткани и вегетативной нервной системы, морфологии и химии крови, строения и кровоснабжения (цито- и ангиоархитектоника) головного мозга, особенностей течения у психопатов различных заболеваний). И в этом смысле Ганнушкин не может не приветствовать знаменитую попытку Э. Кречмера.

Далее необходимо отметить, что Ганнушкин, исходя снова из представления о психопатии как форме патологической, хотя и не имеющей «ни начала, ни конца», словами В.М. Морозова (цит. по О.В. Кербикову, 1971, с. 82), «создал учение о динамике психопатий». Статика психопатий условна — отмечает Ганнушкин, — «она сводится главным образом к сохранению известного единства личности, на фоне которого развертывается сугубая динамика». Широкое понимание динамики психопатий, по Ганнушкину, — это «жизненная кривая конституциональных психопатов» (для каждого вида психопатии «можно наметить некоторый особый тип выражения и течения возрастных изменений», так как «конституциональные особенности личности сказываются не только в ее статическом облике, но и в ее динамическом возрастном развитии»; кроме того, «ход психического развития» обусловливается и «многообразными экзогенными факторами» («химико-физическими» и социальными)*. Узкое понимание динамики психопатий ограничивается рамками «исключительно патологических моментов динамики». Большинство психопатов, как считает

* Ганнушкин подчеркивает, что «химико-физические» факторы «отступают далеко на задний план перед теми могущественными и преобразующими личность воздействиями, которые оказывает на нее социальная среда в широком смысле этого слова». Но при всем этом сохраняется «известное единство личности», основная характерологическая структура.

Ганнушкин, «проявляет большую ранимость, большую «лабильность», давая иногда по ничтожнейшим поводам разнообразные «патологические реакции». Потому «психопатическая почва, как правило, дает гораздо более яркую и разнообразную «динамику», чем нормальная, конечно, динамику патологическую в непосредственно узком смысле этого слова». «Соответственно патогенезу» Ганнушкин различает здесь «*фазы*, возникающие от времени до времени безо всякой видимой внешней причины», и «*реакции*, т. е. психотические симптомокомплексы, являющиеся ответом на те или иные внешние раздражения, как соматические (*соматогенные реакции*), так и психические (*психогенные реакции*)». Психогенные реакции делятся на шоки, собственно реакции и развития, не отграничиваясь резко от фаз. Притом «и фазы, и реакции всякого рода всегда получают от той конституциональной почвы, на которой они развиваются, свой особый отпечаток». Вместе с этим «одна и та же психопатическая почва — в зависимости от содержания шокирующего момента — может давать разные типы реакций». И далее, Ганнушкин с клинической проникновенностью описывает фазы, шоки, собственно реакции и развития у различных психопатов. Вот коротко основное направление учения Ганнушкина о динамике психопатий. Представление о динамике здесь существует внутри «известного единства личности», динамика клинической картины не отрывается от подробностей самой клинической картины, связана с нею, как движение автомобиля с его устройством в отличие от психоаналитических и вульгарно-социологических представлений о «клинической динамике».

При чтении книги Ганнушкина может создаться впечатление, что автор непомерно расширяет психопатии, включая в них неврозы и вообще всю малую (пограничную) психиатрию, как это принято было и в немецкой классической психиатрии того времени (например, Е. Кан — E. Kahn (1928, s. 368) считал невроз «психопатическим механизмом»). М.О. Гуревич (1940, с. 64), критикуя этот момент книги Ганнушкина, предлагает необходимым критерием психопата считать неспособность его компенсироваться. Однако мне думается, что указанное впечатление не вяжется с

* Думается, невозможно при попытке объяснить ганнушкинские противоречия отбросить тот факт, что автор заканчивал книгу в особом состоянии: будучи по натуре человеком тревожно-сомневающимся, психастеническим, как считают его ученики, например Т.И. Юдин (1934, с. 23), он тяжело страдал тогда раковой болезнью.

общим строем книги, основывается на некоторых незамеченных, быть может, автором противоречиях в книге* и, во всяком случае, не является отзвуком продуманной авторской линии. Невозможно представить, например, что Ганнушкин мог считать «неврастеническим психопатом» человека, перенесшего неврастению, практически здорового до и после. Трудно этому поверить потому, что Ганнушкин дает клинически четкое определение психопатии и недвусмысленно предостерегает от расширения этого понятия. Что же касается утверждения М.О. Гуревича о том, что истинный психопат не способен компенсироваться, то жизнь показывает, что это не так. Другое дело, психопат не способен совершенно выздороветь от психопатии.

Вполне можно согласиться с О.В. Кербиковым (1971, с. 175) в том, что опубликованная в 1959 г. работа Груни Ефимовны Сухаревой (1959) «является первой, вышедшей после известной книги Ганнушкина солидной и оригинальной работой, всесторонне и систематически освещающей клинику психопатий». Развивая клинические принципы Ганнушкина, в частности, врачебно-исследовательски вглядываясь на детском материале, где многое видней, в сому психопата (биологический коррелят), в динамику клинической картины, Сухарева подчеркивает, что «психопатия, как и всякое болезненное состояние, имеет свой материальный субстрат в виде определенной биологической недостаточности (нервной системы и других систем организма)». Однако для развития психопатии наряду с «врожденной или рано приобретенной недостаточностью нервной системы, необходим еще и другой фактор — неблагополучие социальной среды и отсутствие корригирующих влияний при воспитании ребенка», при отсутствии этого фактора «психопатия может и не развиваться». «В благоприятных условиях патологические особенности личности могут постепенно сгладиться, не достигая степени выраженной психопатии». Т. е. причинность (этиология) психопатии понимается здесь по-ганнушкински, как взаимодействие «врожденной или рано приобретенной недостаточности» с фактором социальной среды. И от соотношения биологических и социальных, эндогенных и экзогенных влияний зависит возникновение психопатии. Ведь и Ганнушкин оптимистически отмечал в конце своей книги, что «правильно организованная социальная среда будет заглушать выявление и рост психопатий». Крупный вклад Г.Е. Сухаревой в учение о психопатиях состоит в том, что она впервые дает глубоко продуманную, внутренне стройную попытку классификации психопатий на патогенетической основе. Психопатическое состояние для

Сухаревой — истинно патологическое состояние со своим *патогенезом*, которое можно на полных правах дифференцировать с эндогенным процессуальным заболеванием, не боясь тут слова «диагноз», т. е. психопат — не просто чудак или тяжелый хулиган, не просто «такой человек». Патогенетическая классификация психопатий Сухаревой вбирает в себя все ранее существовавшие клинико-описательные классификации, убедительно увязывая вместе, где это уже возможно, психическое и физическое, отличаясь тонким богатством дифференциально-диагностических критериев. В основе классификации (Сухарева, 1959, 1972) — «дифференциация по таким признакам, которые более или менее резко отражают тип аномалии развития». Различается три типа аномалии развития. 1. *Задержанное развитие* («проявляется главным образом недостаточной зрелостью»; это «неустойчивые, возбудимые, фантасты, лгуны и истероидные личности»). 2. *Диспропорциональное (искаженное) развитие* (дисгармоничность здесь «проявляется в задержке развития одних систем и ускоренном развитии других»; это конституциональные психопаты: шизоидные, циклоидные, эпилептоидные, паранойяльные и психастенические). 3. *Аномалии развития, обусловленные поражением головного мозга в первые 2—3 года жизни (поврежденное развитие* с психопатологической «органичностью» и неврологическими резидуальными знаками)*.

В начале 60-х годов появились известные работы покойного ныне академика Олега Васильевича Кербикова (1907—1965) о новых моментах в учении о динамике психопатий.

Наряду с «ядерными», врожденными психопатиями, психопатиями в ганнушкинском понимании Кербиков (1968) выделяет гораздо более многочисленную группу приобретенных, «краевых» психопатий, где «психопатическое (патохарактерологическое) развитие вызывается психогенным фактором в широком смысле слова». Для этого «патохарактерологического развития, в отличие от врожденной психопатии, характерна начальная стадия становления психопатического склада личности» («препсихопатическое со-

* Ганнушкин также отмечал, что некоторые психопаты имеют в своей основе «так называемое “повреждение зачатка”», последствия внутриутробных заболеваний и повреждений. От последних принципиально нельзя отделить некоторые состояния, являющиеся результатом неполного выздоровления (выздоровления с дефектом) после имевших место в раннем детском возрасте заболеваний, при этом, конечно, речь может идти только о тех случаях, когда нет налицо сколько-нибудь заметной умственной отсталости» (Ганнушкин, 1964, с. 123).

стояние»), когда «психопатические формы реагирования» еще не резки, не стойки, не отвечают еще критериям психопатии Ганнушкина (всем, кроме врожденности). Эти взгляды основывались на конкретном исследовании. Несколько лет сотрудники Кербикова и прежде всего В.Я. Гиндикин клинико-статистически изучали в лечебном учреждении и в жизни больных с давним психопатическим диагнозом. Вывод: «неправильное воспитание имеет большее значение в генезе психопатий, чем прямая наследственность» (Кербиков, 1971, с. 194). «Статистический анализ позволил установить, что имеется прямая корреляция условий воспитания, объединенных понятием “гипоопека” и безнадзорность с психопатией из группы возбудимых; между воспитанием типа “золушка” и тормозимыми; между воспитанием типа “кумир семьи” и истеричными. Другими словами, обнаружено качественное соответствие особенностей личности условиям ее воспитания» (Кербиков, 1971, с. 194). Т. е. выходит, что сам тип психопатии, рисунок психопатического личностного склада в большинстве случаев (исключая ядерные психопатии) обусловлен прежде всего условиями воспитания. Такая точка зрения, когда психопатическое приравнивается к психопатоподобному, действительно произведенному в основном средой, думается, не согласуется с жизнью и современными, в частности генетическими, исследованиями. Если признать, что врожденная недостаточность, врожденная психопатическая почва имеет место лишь в тех ядерных случаях, где психопатия массивно разворачивается при видимом полном благополучии среды, то это значит, вряд ли заслуженно обвинить среду, прежде всего родственников больных, в возникновении основного количества психопатий. Наконец, ставить диагноз психопатии в детской психиатрической практике там, где имеет место психопатоподобное состояние, действительно вызванное хронически-тяжелой обстановкой, в которой оказался ребенок, весьма опасно прежде всего для больного. Сухарева (1972, с. 1516) по этому поводу со всей врачебной ответственностью подчеркивает: «Нужно учесть, что диагноз “психопатия” у подростка может повлиять на его дальнейшую судьбу (служба в армии, поступление в вуз и т. п.). Четкое определение понятия «психопатия» необходимо и для военной, судебной и трудовой экспертизы». В то же время, несомненно (на это указывает там же Г.Е. Сухарева), что среда, социальные и биологические вредности утяжеляют, усложняют психопатию. Взгляды Кербикова легче понять, отправляясь от критических возражений, которые Кербиков предъявлял Сухаревой. Прежде всего Кербиков (1971,

с. 174) не согласен, что «при психопатиях всегда имеется врожденная или рано приобретенная «недостаточность нервной системы», считая понятие это не конкретным, «не медицинским, не поддающимся определению, не имеющим ясного содержания». Кербиков не видит у психопатов этой «недостаточности», хотя для врача, рассматривающего психопатию глубоко нозологически, с биологическим коррелятом, эта «недостаточность» («неполноценность») явственно, психосоматически звучит в психопатах то в виде задержки развития (инфантилизма), то в виде искаженного развития, то органической нотой (поврежденное развитие). Ведь, например, истерический или неустойчивый психопат сплошь и рядом инфантилен и соматически моложав, грацилен, кошачье-детски пластичен в движениях, ему свойственна детски-богатая память, инфантильная свежесть сосудов в пожилые годы и т. д. Поскольку «недостаточностью» Сухарева отличает психопатии от психогенно обусловленной патологии характера, а Кербиков этой «недостаточности» не видит, то он не видит и существенной разницы между большинством психопатий (исключая тяжелые ядерные случаи) и случаями приобретенной с помощью хронических тяжелых душевных травм патологии характера. Все это есть, по Кербикову, «краевая», приобретенная психопатия, или психопатическое развитие. Никто, понятно, не отрицает случаи развития патологии характера при систематическом действии тяжелых психических ударов. Однако клинически, как справедливо полагает Сухарева, эти состояния отличаются от психопатий прежде всего реактивной «понятностью» клинической картины, отсутствием дисгармонии, сложной психофизической аномалии. Даже эти состояния в развитии своем направляются не только характером психических ударов, но и преморбидными особенностями. В самом деле, хроническая порка за малейшую оплошность, кляксу в тетради и т. д., конечно же, способствует астеническому развитию личности у ребенка с нормально-астеническими задатками и эксплозивному развитию у ребенка с задатками эпитимными. Но нет в этих случаях сложной дисгармонической психопатической картины. Например, как бы худо не обращались с ребенком, «психастенизируя» его, невозможно лишь средовыми моментами «сконструировать» сложнейший в своих проявлениях психастенический психопатический склад с второсигнальной интеллектуальностью эмоций, чувственной блеклостью, робостью в обыкновенном общении и смелостью в принципиальных делах, духовной глубокой совестливостью, инертно-туговатой, но неожиданно оригинальной работой мысли, болезненными сомнениями, но не

навязчивостями и прочими сложностями психастенической дисгармонии, которые видны всякому клиницисту, тщательно «вкапывающемуся» в клинику психопатии, и никак не понятны как «понятные» реакции на травмирующую обстановку. В приобретенных случаях патология проще, ситуационнее, изменение обстановки к лучшему нередко излечивает, и Сухарева (1972) считает, что здесь «имеется патологическое развитие личности с *психопатоподобными*, но не психопатическими проявлениями». Кербиков же полагал, что у подобных больных с патохарактерологическим развитием нередко обнаруживаются такие психопатологические проявления, что трудно и не следует это отличать от психопатии. О.В. Кербиков, мне думается, упрощает представление о клинической динамике, когда пишет: «В ходе психопатического развития происходит нередко смена ведущего психопатического синдрома, причем эксплозивный синдром, по-видимому, чаще приходит на смену психастеническому синдрому, чем наоборот» (Кербиков, 1971, с. 181). Личностная реакция, несомненно, сложней, нежели ее механический результат. Психастеническая раздражительность, по временам острая с жестокими намерениями, но быстро истощающаяся, переходящая в самообвинение, — это совсем другая «злая» раздражительность, нежели эпилептоидная, требующая грубого разряда, не истощающаяся, не переходящая в самообвинение. Структура личности, нормальной и психопатической, проникает в каждую личностную реакцию, и нельзя всякий агрессивный кулак называть эксплозивным, а всякую робость — психастенической. С некоторым недоверием относясь к понятию врожденного, биологического психопатического момента, Кербиков вообще, как представляется, менее клинически смотрит на малую психиатрию, нежели на большую, считая, что «в области малой психиатрии границы между отдельными клиническими формами не столько разделяют, сколько соединяют эти формы», и «диагностические группы» психопатов нельзя «рассматривать как эквивалент нозологических единиц, отграничиваемых в “большой” психиатрии» (Кербиков, 1971, с. 187). Как видим, мысль Кербикова весьма приближается к мысли Курта Шнейдера, хотя термины «патологическое», «психопатологическое» все время звучат. Сухарева же, напротив, считает, что «важной задачей клинициста при изучении общей группы психопатий является дифференциация ее на отдельные клинические формы» (Сухарева, 1972).

Концепция О.В. Кербикова, как сейчас очевидно, не приживается в практике и науке. Большинство авторитетных психиатров, сосредоточенных на изучении пограничных со-

стояний, идут ныне в вопросе происхождения психопатий, в главном, за Г.Е. Сухаревой. В.В. Ковалев (1972, с. 1520) четко отделяет «патологические развития личности» от «формирующихся «ядерных» (конституциональных) и органических психопатий», так как в последних двух случаях механизм психогенного развития «действует на биологически аномальной почве». В. В. Ковалев, кроме того, подчеркивает, что «измененная почва» «может стать важной предпосылкой возникновения и затяжного течения неврозов, реактивных состояний и психогенных патологических формирований личности у детей и подростков». «Психопатии возникают вследствие врожденной или приобретенной в раннем возрасте неполноценности нервной деятельности», — отчетливо констатируют В.В. Королев и Г.К. Ушаков в учебнике психиатрии (Ушаков, 1973, с. 346). Недавно Л.Л. Рохлин (1974, с. 1675), выступая против концепции Кербикова, писал, что признанию наличия динамики психопатий «не мешает, а напротив, содействует постоянно лежащая в основе психопатии выраженная аномальная биологическая структура мозга, обусловливающая дисгармоничность психики и неуравновешенность личности психопатов»; «динамику психопатий не следует противопоставлять характерному для психопатов постоянному аномальному строю их душевной жизни»*.

Теперь, когда попытался дать представление о психопатии с краткой историей борьбы научных взглядов, подхожу вплотную к проблеме взаимодействия алкоголя с психопатической организацией, к проблеме взаимодействия, переплетения психопатии с алкоголем и хроническим алкоголизмом. Тут встает перед нами несколько вопросов. Во-первых, особенности алкогольного опьянения у психопатов, в чем, понятно, практически приходится разбираться в основном судебному психиатру. Во-вторых, предрасположенность различных психопатов к хроническому алкоголизму и особенности клиники алкоголизма у разных психопатов-алкоголиков. Так же, как и различного склада здоровые личности, одни психопаты особенно предрасположены к ал-

* Роль психогенных факторов в возникновении душевных заболеваний в узком смысле и психопатий, думается, весьма склонны преувеличивать и многие психоаналитически ориентированные американские и французские авторы. Их представления о динамике (психодинамике) оторваны от подробностей и существа клинической картины. Любое событие, переживание детства превращается исследователем в несомненную причину, породившую какое-либо патологическое свойство.

** Ленинградский психиатр И.М. Четвертак (1974) у 102 алкоголиков из 300 (34%) обнаружил психопатию до алкоголизма (эпилептоиды — 12%, неустойчивые — 10,7%, астенические — 6,3%, циклоидные — 5%).

коголизму и алкоголизм течет у них злокачественно, другие же, напротив, не склонны к злоупотреблению спиртными напитками или, пьянствуя, спиваются редко**. В-третьих, вопрос лечения психопатов-алкоголиков. Удобней будет кратко рассказать о всех этих трех моментах вместе, напоминая существо каждого психопатического варианта.

Принято говорить о сложности классификации психопатов, о том, что все эти классификации глубоко относительны, так как различны у разных авторов (дескать, бесконечное, бесплодное занятие...). Особенно не уверен и пессимистичен в этом смысле исследователь, который полагает, что психопата надобно характеризовать какой-то одной самой выпуклой чертой. Так, Курт Шнейдер (1955, с. 41) отмечает, что «именно вследствие множества индивидуальных вариантов и комбинаций редкостью является преобладание какой-либо одной черты характера настолько, чтобы по ней дать меткое название этому типу психопатов. Часто недостаточно даже комбинации нескольких обозначений типов, включая их подгруппы, или отдельных черт, присущих тому или иному типу, чтобы охарактеризовать больного». Но, думается, что в том-то и дело, что важны здесь, как и в любой нозологической форме, не столько отдельная черта (симптом), не комбинация черт (симптомокомплекс), а патологический личностный склад, т. е. установленная внутренняя связь-взаимозависимость патологических свойств, их патогенетический совместный бег (синдром) и нозологическая окрашенность, проникнутость синдрома. Потому, хотя классики нередко по-разному называли один и тот же объективно существующий в жизни психопатический склад, их живые описания легко складываются в одно богатое описание.

Основываясь на патогенетической классификации психопатий Г.Е. Сухаревой (1959), исследуем психопатов «проверкой на алкоголизм». С.Г. Жислин (1928) даже замечал, что «самая закономерность деления конституции должна в психиатрии проверяться в значительной степени таким (опытным) путем».

Итак, ***I группа психопатов — «задержанное развитие по типу психического инфантилизма»***. Патогенетическая основа — «задержка развития наиболее молодых в эволюционном отношении физиологических отделов нервной системы» («психический инфантилизм») наследственного происхождения, либо связанная с нарушениями трофики, без грубых структурных мозговых нарушений — в утробе матери, в раннем детстве. Безнадзорность весьма способствует массивному развитию этой психопатии. Психический (дисгармониче-

ский) инфантилизм не сказывается, в отличие от других видов инфантилизма, в выраженных эндокринных расстройствах. Дисгармоничность проявляется здесь в том, что с чертами детскости (жизнь желанием настоящей минуты, эмоциональная живость, фантазия преобладает над логикой, эгоцентризм) сосуществуют патологические черты, никак не свойственные здоровому ребенку (например, раздражительность и гиперсексуальность). Эта дисгармония типична, кстати, для переломного юношеского, сдвига, потому уместнее, думается, говорить тут «ювенилизм». Есть разные варианты ювенильных психопатов, но особенно интересны сейчас нам «истерические» и «неустойчивые». Если у истерических психопатов из инфантильных (ювенильных) свойств на первый план выступает эгоцентризм — театральное, холодновато-интриганское желание всячески обращать на себя внимание, «жаждать признания», жить восторгами зрителя или даже радоваться тому, что осуждают их, лишь бы ими «занимались»*, то у неустойчивых главное — неустойчивость эмоций и мыслей, соединяющаяся, как правило, с душевной мягкостью, есенинской любовью к животным. Если истерический психопат слабоволен лишь в плане своих сильных и четких желаний, то неустойчивый часто сам не знает, чего ему хочется, и слабоволен буквально во всех отношениях**. Неустойчивые психопаты (их неустойчивость в опьянении резко усиливается), особенно в случае «подходящей» компании спиваются часто и легко (обычно за несколько месяцев пьянства). Алкоголизм здесь по злокачественности своей приближается к юношескому и женскому; как и там, способствует истерическому реагированию (параличи, припадки и т. д.). Трудное лечение этих «ювенильных алкоголиков», сутью которого является то, что

---

* Своеобразная незрелость, — отмечает о таких больных Сухарева (1959), — выражается тут «эгоцентризмом и относительной слабостью общественных эмоций».

** Ганнушкин (1964) пишет о неустойчивых психопатах: «стоит на короткое время предоставить такого человека самому себе, как он уже, оказывается, все спустил, все пропил, проиграл в карты, попал к тому же в какой-нибудь крупный скандал, заразился венерической болезнью и т. д.».

*** Истерический склад личности классически подробно именно в смысле установления закономерных внутренних связей патологических свойств был описан П.Б. Ганнушкиным (1909). Э. Крепелин (1923) описывал истерических психопатов под термином «возбудимые», а Курт Шнейдер (1955) — «требующие признания» (Geltungsbedürftige Psychopathen). Неустойчивых психопатов под этим именем описывал Э. Крепелин (1923), а Курт Шнейдер (1955) называл их «безвольными» (Willenlose Psychopathen).

врач по возможности должен сделаться чутким, интересным больному, но и строгим его проводником по жизни, описывал уже в другой работе (работа 6.5). Истерические психопаты, как и неустойчивые***, нередко изначально легко пьянеют, но толерантность по мере выпивок довольно быстро увеличивается. Однако истерические психопаты, сколько можем судить, спиваются редко. Чем отчетливее в ювенильном психопате утрированная неискренность, лицемерное двуличие, садистическая склонность к склоке, мстительность и пронырливость, чем истеричнее (эгоцентричнее) он, тем меньше здесь стремления забыться в опьянении. Многие истерические психопаты — «любители выпить» без хронического алкоголизма, а некоторые в острой борьбе за власть, охваченные интригами, просто не разрешают себе спиртного.

Интересно, что С.Г. Зыбелин (1777)*, замечательно тонко описывая под названием «холерики» людей истерического склада, отмечает, что они «пьяницами редко бывают, а подгулять любят» (Зыбелин, 1954, с. 184). С.А. Суханов (1909, с. 221) отмечал, кстати, что алкоголизм «реже всего (...) наблюдается при истерической нервно-психической организации».

II группа психопатов — «искаженное, диспропорциональное развитие». Патогенетическая основа — «страдают не только молодые в эволюционном отношении системы головного мозга, но и древние образования». Дисгармоничность тут резче, «так как наряду с задержкой развития одних физиологических систем отмечается ускоренное развитие других». Тонкая сложность душевного склада, отсутствие более или менее цельной задержки развития, органической грубоватости дают основание думать о патологической наследственной предопределенности основных структурно-личностных особенностей этих психопатов. Сухарева (1959) подчеркивает, что благоприятные условия могут всячески сглаживать наследственно-патологическое и даже могут не допустить развития «аномальных тенденций» «до степени патологических отклонений».

Разновидности психопатов этой группы.

1. *Шизоидные психопаты (шизоиды)*. Отчетливо описаны Ганнушкиным (1964) на базе кречмеровского классического описания широкой шизотимической группы (1930). Существо шизоидного склада, по Ганнушкину (1964), — «аутистическая оторванность от внешнего реального мира, отсутствие внутреннего единства и последовательности во всей сумме психики и причудливая парадоксальность эмоциональной

---

* Семен Герасимович Зыбелин (1735–1802), первый русский профессор-медик Московского университета.

жизни и поведения». При всем этом у шизоида нет ни шизофренических расщеплений, ни признаков процессуального снижения. Описанная Э. Кречмером *психэстетическая пропорция*, свойственная шизоидам, есть сосуществование в эмоциональной жизни шизоида сверхчувствительных, сентиментальных (гиперэстетических) и бесчувственных (анэстетических) элементов. В шизоиде может быть больше сентиментальности или больше бесчувствия (в зависимости от типа шизоида), но важно, что эти противоположные элементы не соприкасаются друг с другом: например, бесчувственный к умирающему родственнику, всю жизнь ему помогавшему, шизоид тут же может заплакать над озябшей бездомной собакой. Шизоид склонен к схематическому, строго логическому мышлению с сильной верой в свои схемы. Это мышление сплошь и рядом теряет связь с конкретными фактами, но может оказаться весьма продуктивным в математике и физике, смело логически сопоставляя то, что не принято сопоставлять. Многие шизоиды не отказываются от вина, смягчая таким путем свои внутренние конфликты, так как неприятно рассказывать о них даже близкому. Шизоиды оживляются и делаются много общительнее, доступнее в опьянении. С.Г. Жислин (1965), описавший «шизоидных алкоголиков», как известно, отказался от них, так как шизоидностью тогда считал лишь замкнутость, которая может быть свойственна и астенику, и психастенику, и эпилептоиду. Мне нечасто приходилось встречать настоящих шизоидных алкоголиков, но я нередко наблюдал в жизни, как шизоиды злоупотребляют спиртным. Чаще приходилось мне встречать случаи хронического алкоголизма на «мягко улыбающейся», «беспомощной» почве вялотекущей шизофрении, нежели на «хрупко-отрешенной» почве шизоидной психопатии.

2. *Циклоидные психопаты (циклоиды)*. Описаны Э. Кречмером (1930). Э. Крепелин (1923) называл нынешних циклоидов, точнее, известную часть их, «импульсивными». Эти психопаты противоположны шизоидам естественностью, гармонической сердечностью, душевной открытостью. Свойственная им *«диатетическая пропорция»* (Э. Кречмер)* означает сочетание в эмоциональной жизни циклоида солнечно-веселых и мрачных элементов, легко переходящих друг в друга. Даже самый непробиваемый оптимист-циклоид изредка эндогенно грустит, а самый грустный печалится иногда с юмором, с устало-солнечной улыбкой в глубине тоскливости.

---

* Иначе — «пропорция настроения». Греч. *diathesis* означает предрасположение, расположение, *настроение*, диатез.

Существуют циклоидные разновидности.

А. *Конституционально-возбужденный циклоид* (Ганнушкин) — психопат, который почти всегда пребывает в приподнятом настроении, очаровывая остроумием и приветливостью. Там, где имеем дело с патологической эндогенной веселостью и потребностью деятельничать, хронический алкоголизм встречается редко, несмотря на залихватское пьянство. Там же, где нет патологии веселья, а есть кречмеровский «беспечный любитель жизни», «средний», непсихопатический циклотим, он легко спивается, делаясь «синтонным алкоголиком» (см. работу 6.5).

Б. *Конституционально-депрессивный циклоид* (Ганнушкин) — психопат с почти постоянно пониженным настроением. Он весьма похож на психастеника душевной ранимостью, склонностью во всем винить себя и копаться в своих душевных ранах. Но отличается от психастеника отсутствием второсигнальности, рассудочности, боязни за завтрашний день. Особенно когда пониженное настроение неприятной ситуацией углубляется, он, не в состоянии справиться с тоскливостью рассуждением, машет рукой на завтрашний день, на все неприятные последствия и напивается, оживляясь, веселея в опьянении, но превращаясь нередко в запойного алкоголика*. Прогноз здесь часто неплохой, если установился сердечный контакт с врачом, на которого больной может теперь опереться в тоскливое время.

В. *Циклотимики* (в понимании Ганнушкина)** — психопаты, у которых волнообразно, иногда много раз на день, сменяются подъемы настроения и спады. Спиваются реже, чем конституционально-депрессивные.

3. *Эпилептоидные («возбудимые») психопаты (эпилептоиды)* наиболее подробно и глубоко в смысле установления внутренней связи патологических свойств описаны в 1923 г. швейцарской исследовательницей Францискoй Минковской (F. Minkowska). Центральный момент эпилептоидного склада Минковская видит в *«аффективно-аккумулятивной пропорции»*, которая сводится к формуле «вязкость—стаз—взрыв». Всей душевной жизни, в том числе эмоциональному реаги-

---

* Психастеноподобный склад этих больных (благодатная почва для реактивных образований) нарушает эндогенную чистоту тоскливости и тем усиливает предрасположенность к алкоголизму в случае пьянства в этой эндореактивной тоскливости.

** Чаще сегодня «циклотимиками» называют больных циклотимией.

*** Гликроидность — от греч. *glykys* (сладкий, вязкий). Минковская, кстати, предлагает термин «гликроидная конституция» вместо «эпилептоидная».

рованию, эпилептоида свойственна вязкость (гликроидность)***. По причине вязкости реагирования постоянно запаздывают, не разрешаясь сразу же, застаиваются ответные реакции на раздражители среды. Создается аффективный застой, эмоциональный «стаз», возникает «душная грозовая атмосфера», и последняя капля-раздражитель провоцирует взрыв гнева. Вязкостью объясняет Минковская и эпилептоидную аккуратность ради аккуратности, обстоятельность, привязанность к предметам, преданность традициям. Следует также отметить, что эпилептоид часто скуп, мстителен, любит власть, неравнодушен к чувственным удовольствиям, самоуверен, отличается прямолинейностью мышления, склонностью к сверхценным образованиям — он часто, например, болезненно ревнует жену*. Эпилептоидам свойственны периодические приступы характерного, в сущности, думается, дисфорического расстройства настроения. По Ганнушкину (1964, с. 155) эти расстройства настроения есть смешение страха, гнева и тоски, когда к ним, как говорится, «не подъехать на кривой козе». Ганнушкин (1964) полагает, что эпилептоидам также свойственны «моральные дефекты» (антисоциальные установки). С этим, однако, не все согласны. Действительно, приходится встречать вязких, склонных в трудную минуту к яростной агрессии эпилептоидов, тем не менее внутренне достаточно честных и справедливых, аккуратных, хозяйственных людей. Они лишены сахара «иудиной маски». Нередко простое опьянение эпилептоидных психопатов отличается жестокой агрессивностью. В.Е. Рожнов и З.Г. Турова (1961) описывают случаи этих характерных опьянений с преступлениями. Один их больной, дабы жена к нему вернулась, нанес ей 38 ножевых ранений**. Эпилептоиды весьма предрасположены к алкоголизму. Нередко пьянствуют, чтобы смягчить дисфорическое настроение; сделавшись алкоголиками, мучаются тяжелыми запоями и склонны сверхценно ревновать жен. Рожнов (1964, с. 58) отмечал, что возникновению идей ревности у алкоголиков способствуют такие психологически понятные моменты, как «сознаваемая самим алкоголиком его неполноценность как главы семьи» и «резкое ослабление сексуальной потенции». Лечение эпилептоидных алкоголиков часто трудное из-за невозможности установить психотерапевтический контакт, из-

* Психопаты-параноики, думается, чаще есть разновидность эпилептоидов.

** Крепелин (1923) называл сегодняшних эпилептоидов «сварливыми» и «врагами общества», Курт Шнейдер (1955) — «эксплозивными» (Explosible Psychopathen) и «безнравственными» (Gemütlose Psychopathen).

за болезненной гордости этих пациентов, не терпящих над собой какой-либо «власти», даже врачебной. Дело тут нередко доходит до принудительного лечения в лечебно-трудовом профилактории.

4. *Неврастенические психопаты (психопаты-неврастеники)* описаны Ганнушкиным (1933). Всю жизнь страдают склонностью к астено-невротическим расстройствам — функциональная раздражительная слабость с вегетативными дисфункциями. Эти «вечные неврастеники» нередко мучаются спазмами желудка, кишечника, сердцебиениями, головокружениями, а раздражительная слабость в характере одних из них (гипостеников) держит в почти постоянной усталости и сонливости, других (гиперстеников) — в неприятной окружающим слезливой раздражительности, быстро истощающейся. «Для тонуса» или «чтобы снять головную боль» эти психопаты нередко прибегают к вину, но, быстро пьянея, еще более астенизируясь в опьянении, обычно не пьют больше нескольких рюмок слабого вина и алкоголиками делаются редко.

5. *Астенические психопаты (астеники)*. У них пожизненная склонность к астеническому состоянию сочетается с астеническим личностным складом — конфликтом переживания неполноценности с болезненно-ранимым самолюбием. Чувство недостаточности, проявляющееся в нерешительности, мнительности, застенчивости, робости и т. д., тянет их в тень жизни, где меньше можно раниться, но факт жизненного неуспеха, особенно рядом с преуспевающими сверстниками, ранит порой еще больнее. Этот мучительный конфликт — или просто какое-то свое горе, даже просто неприятность, в которой быстро теряются, они нередко заливают вином, довольно легко делаясь ипохондрически-мрачными «астеническими алкоголиками» (работа 6.5). Прогноз здесь, однако, весьма благоприятный, как и в случае алкоголизма у конституционально-депрессивных, но желателен глубокий психотерапевтический контакт на многие годы.

6. *Психастенические психопаты (психастеники)* описаны Ганнушкиным (1907)*. Если у астеников астеническое состояние непостоянно и обычно мягче, чем у неврастенических психопатов, «взамен» на астенические характерологические трудности, то психастеники отличаются еще большей характерологической сложностью (присущая им второсигнальность приподнимает конфликт чувства непол-

* О подробных границах и внутренней связи патологических свойств психастеника см. в работе 4.6 наст. изд.

ноценности с ранимым самолюбием на высоту постоянного болезненного самоанализа с самообвинением, с ипохондрическими сомнениями, нравственно-этическими сомнениями-подозрениями в межличностных отношениях), а астения у них выражена еще менее, чаще просто в виде склонности астенизироваться после рабочего дня. Психастеники, по моим наблюдениям, спиваются чрезвычайно редко. Дело тут не только в постоянном критически-опасливом самонаблюдении, не только в сравнительно высокой чувствительности ко всякой интоксикации (не только к спиртному, но и к бензинному перегару в автобусе), но и в каких-то, видимо, иных механизмах, которые даже в случаях длительного пьянства весьма сопротивляются формированию абстинентного похмелья. С.А. Суханов (1909), напротив, полагал, что «чаще всего алкоголизм является выражением психастенического характера», но, как известно по живым сухановским описаниям, он понимал психастеника много шире, включая сюда, например, и нынешнего астеника.

7. *Ананкастические психопаты (ананкасты)* описаны Куртом Шнейдером (1940). Весьма похожи на психастеников неуверенностью, склонностью ко всевозможным опасениям, но не несут в себе психастенического существа — второсигнальной склонности к тревожному застреванию на психологически понятных, но силой своей болезненных сомнениях. Тут речь идет не столько о психастенических болезненных сомнениях, понятно вырастающих из всего склада личности, сколько об истинных* навязчивостях в виде обсессий**, которые, как всякие настоящие навязчивости, не вытекают психологически-понятно из личностного склада, пациент отчетливо чувствует-понимает их смысловую инородность собственному мироощущению. Например, ананкаст не боится смерти, не боится рака, но боится навязчиво сифилиса или простуды, не в состоянии часто объяснить эту избирательность страха. Ананкаст рядом с профессиональной своей работой посто-

* При истинных навязчивостях пациент убежден (если, конечно, мышление не парализовано острым аффектом) в бессмысленности содержания навязчивости, но не может от навязчивости отделаться.

** Обсессия, в отличие от фобии, есть навязчивость, возникающая спонтанно, внутренне, без провоцирования, «навязывания» окружающей обстановкой. Истинная кардиофобия или агорафобия возникают лишь в определенной обстановке, вне которой человек нередко забывает о них. Типичные обсессии — навязчивый счет, боязнь числа 13, навязчивое постукивание, навязчивая склонность обходить предметы лишь слева (а то плохое случится) — все это всегда с больным.

янно совершает «работу» навязчиво-ритуальную, измучиваясь ею. Ананкасты нередко склонны к злоупотреблению спиртными напитками, становятся алкоголиками, смягчая навязчивости опьянением.

III группа психопатов — «поврежденное развитие в связи с поражением головного мозга на ранних этапах онтогенеза» *.

Различные органические повреждения мозга (травмы, интоксикации и т. п.) в утробе матери или в первые 2—3 года жизни могут привести к аномалии развития — патогенетической основе «органической психопатии». Если повреждение случится позднее трехлетнего возраста, то обычно уже говорят о психопатоподобном состоянии (в случае болезненного характера), а до 3 лет мозг еще интенсивно формируется, как и в утробе матери, потому возможно возникновение аномалии развития мозга и после болезни (т. е. тут речь идет не о снижении, не о потерях — психопатизация, психопатоподобие,— а о сложном неправильном развитии на почве residua).

В клинической картине звучит «органичность». Это или легкая, эйфорическая некритичность, органически-грубоватое ослабление задержек (бестормозность), или усиленные влечения (особенно агрессивность с дисфорическим настроением). Тут есть клинические варианты. «Бестормозные» органические психопаты похожи на неустойчивых непостоянством интересов, слабой волей, жаждой новых впечатлений, поверхностью, хвастовством, но нет инфантильной живости, яркости эмоций, все тут проникнуто органическим беспечно-эйфорическим оттенком, грубоватостью, некритичностью к своему поведению, беззастенчивостью. Здесь нет способности к глубоким, прочным дружеским отношениям. Часто встречаются гидроцефалия и размашистая угловатость движений. Другой яркий клинический вариант органических психопатов — «эксплозивные», т. е. агрессивно-взрывчатые. Сухарева пришла к выводу на материале детской психиатрической клиники, что «диагноз эпилептоидной психопатии непомерно расширен» за счет взрывчатых органических психопатов. Последние отличаются от «чистых» эпилептоидов отсутствием выраженной вязкости аффекта, сравнительно быстрой отходчивостью, здесь нет, как правило, мстительности и злопамятности. Крошащая все вокруг дисфорическая вспыльчивость имеет явно грубовато-органический привкус. Органичность сказывается и в структуре алкогольного опьянения: эйфоричное, некритичное, с

* См. работу 6.8.

навязчивыми приставаниями, слезами и агрессивными тенденциями, оно весьма напоминает опьянение деградированного алкоголика. Соматически органические психопаты отличаются так называемой рассеянной микроневрологической симптоматикой — дизрафическими знаками (асимметрия лица, неправильная форма черепа, ранние морщины, низкий лоб, широкие скулы и т. д.). Большинство алкоголиков-психопатов — это, видимо, органические психопаты. Они нередко быстро алкогольно деградируют, порою до слабоумия, — в то время как ювенильные, астенические и конституционально-депрессивные алкоголики обычно долгие годы держатся без истинной алкогольной деградации (органического психосиндрома). Прогноз здесь, особенно в бестормозных случаях, малоблагоприятный.

Система поэтапного психотерапевтического воздействия на алкоголиков, предложенная Рожновым (1974), включающая в себя индивидуальные и коллективные беседы, эмоционально-стрессовые гипнотические коллективные сеансы, поддерживающее амбулаторное лечение, добровольное или принудительное (специальное амбулаторное противоалкогольное лечение — САПЛ, разрабатываемое М.И. Фельдманом [1974] под руководством Рожнова), есть серьезное средство лечения и психопатов-алкоголиков, но она должна быть индивидуализирована в соответствии с вариантом психопата. Например, если в конституционально-депрессивном или астеническом случае особенно сильно должно звучать мотивированное противоалкогольное внушение и энергичная психотерапевтическая забота о настроении больного, о делах его, домашних и служебных, от которых это настроение зависит, то в случае эпилептоидном или «органическом», где и вегетатика крепче, и душевной ранимости, сложности переживаний часто не отмечается, следует прежде всего психотерапевтически «потратиться» на то, чтобы выработать достаточно мощную тошнотно-рвотную реакцию на вкус, запах, вид спиртного.

Как уже было отмечено, представление об алкоголиках-психопатах весьма помогает разобраться и в алкогольных непсихопатических случаях, поскольку психопатические характеры есть патологически-гипертрофированные нормальные характеры, которые отличаются друг от друга часто так же отчетливо, как и психопатические. Жан Делей (Jean Delay, 1953), например, соглашается с Т. Рибо в том, что патологические характеры есть карикатуры нормальных. Таким образом, можно говорить о нормальных психастениках, эпитимах, шизотимах и т. д., напоминающих характерологическим рисунком соответствующих психопатов. Однако уме-

ренно выраженные застенчивость, вспыльчивость, замкнутость здесь есть обычные, здоровые человеческие качества, а не патологические свойства (симптомы). Такая постановка вопроса дает возможность суживать диагноз психопатии, ставить его лишь в действительно болезненных случаях. Совершенно согласен с Е.И. Бурно (1945, с. 319), в том, что «диагностировать “психопатию” следует лишь там, где имеет место выраженный аномальный склад личности», а «слабо представленные (в количественном и качественном отношении) комбинации так называемых психопатических черт должны рассматриваться как характерологические варианты». Однако особенности алкогольного опьянения, предрасположенности к алкоголизму, особенности клинической картины и прогноза, видимо, связаны тут гораздо глубже с особенностями душевного рисунка, нежели с тем, истинно патологичен этот рисунок или же достаточно здоров.

6.8. Органическая психопатия и акцентуация как почва для алкоголизма (1989) [56)]

Проблема органической психопатии (в понимании Г.Е. Сухаревой, 1959) и органической характерологической акцентуации сделалась насущной, поскольку в последние десятилетия рождению большого количества детей с указанными особенностями способствовала обильная алкоголизация населения. В свою очередь, органические психопаты и органические акцентуированные личности весьма склонны ко всякому одурманиванию — к пьянству и наркотизации (Рожнов, Турова, 1961; Бурно М., 1968; Личко, 1977). За последние 20 лет из 2414 больных алкоголизмом, которых пришлось лечить или консультировать, с указанной личностной почвой оказалось 68%.

Органические психопатии и акцентуации как известно, отличаются от случаев органического поражения мозга тем, что органическая «поломка» (возникающая в утробе матери, а часто и наследственная) не снижает органический характер (его еще нет), она лишь участвует в его формировании. Поэтому здесь отсутствуют психоорганические расстройства, нередко наблюдается блестящая память, высокая физическая и умственная выносливость. Вследствие органического изъяна обнаруживается известная диспластичность в строении тела, они выглядят обычно старше своих лет. Сухарева (1959) приводит следующие характерные признаки органической психопатии, на основании которых диагноз можно поставить даже в школьном возрасте: 1) усиленная

возбудимость, доходящая порою до бесцельного двигательного возбуждения и бурных аффективных вспышек; 2) импульсивность поступков; 3) выраженное преобладание примитивных, грубых эмоций над высшими.

Отмечу здесь и другие черты (психопатические или в рамках акцентуации органической личностной почвы), важные как для дифференцированной психотерапии, так и для психопрофилактики алкоголизма, наркоманий, токсикоманий.

1. *Органическая личностная грубоватость.* Она делает переживания, размышления такого человека или грубовато-благородными, или сусальными, «смачными» и сказывается в благодушии, эйфории, неустойчивости (бестормозности), агрессивной взрывчатости, аффективной неряшливости, недисциплинированности мышления, из-за которой невозможно (даже с формальной ученой степенью) глубоко и тонко обобщать, понимать людей, достаточно критически оценивать себя, свои поступки. Нередко эта органическая душевная недисциплинированность обнаруживается в способности «мерцать» своим аффективным, часто противоречивым мышлением, вытесняя из сознания неприятное, благополучно убеждая себя в том, в чем хочется убедить, даже в «нравственной ценности» своего безнравственного поступка.

2. *Органическая «поломка»* (как и шизофреническая) вносит в органическую личность *мозаику свойств*. Истероидные, астеноподобные, эпилептоидные и другие характерологические радикалы соединены здесь в одной личности, огрублены, личность выступает по обстоятельствам различными своими гранями, поэтому такого человека окружающие ставят то выше, то ниже, нежели он есть на самом деле. Здесь все парциально. Детски-красочная художественность нередко соседствует с ригидностью, аморальный поступок — с привязавшейся совестливой «жвачкой», здравое, трезвое умозаключение — с почти слабоумными выходками. Но, подчеркиваю, духовная тонкость тут исключена самой структурой почвы.

3. *Склонность к сверхценным образованиям.* Это чаще идеи ревности, реформаторства, преследования.

6.9. О лечении алкоголиков-психопатов (методические указания) (1975) [16) *]

Психопаты (по Ганнушкину) есть нездоровые люди, нездоровье которых выражается прежде всего патологически-

* В соавторстве с И.С. Павловым.

ми свойствами характера. Эти свойства (например, патологическая гневливость, патологическая застенчивость и т. д.) стойки, врожденны, пронизывают всю личность, все поведение больного в том смысле, что психопат рано или поздно всюду проявит себя болезненно-психопатически. В то же время психопаты резко отличаются от душевнобольных в узком смысле отсутствием какого-либо разрушительного прогредиентного процесса, сохранностью личности, достаточной способностью «держать себя в руках» в отношениях с людьми. Психопата, как правило, даже в состоянии возбуждения, нельзя поместить насильно в психиатрическую больницу; психопат, совершивший преступление, обычно признается вменяемым судебно-психиатрической экспертизой.

Среди психопатов, страдающих хроническим алкоголизмом, чаще встречаются неустойчивые, эпилептоидные, циклоидные и астенические психопаты. Для успеха лечения тут необходимо подробно вникать в личностные психопатические структуры, огрубленные и заостренные алкоголизмом. Всюду здесь требуется индивидуальный психиатрически-психотерапевтический подход, составляющий основу всякого лечебного ведения больных алкоголизмом.

Врачуя больных хроническим алкоголизмом, следует помнить, что больной после проведенного лечения не сможет пить понемногу, «как все». Возвращение хотя бы к небольшим количествам спиртного повергнет его, как правило, еще глубже, в хронический алкоголизм. Он будет практически здоров только в случае абсолютно трезвой жизни. Случаи многолетней абсолютно трезвой жизни больных алкоголизмом, в силу различных обстоятельств, все-таки явление довольно редкое, но врачу не следует отчаиваться при каждом возвращении больного к спиртному, а следует делать все для того, чтобы пациент вновь перестал пить спиртное и чтобы ремиссия длилась как можно дольше. Работая с алкоголиком, врач, фактически, в большинстве случаев, борется не за полное излечение, а за длительные ремиссии, как и в случае шизофрении, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и т. д.

Лечение психопатов-алкоголиков, имея свои особенности, тем не менее вполне укладывается в известную систему поэтапного психотерапевтического воздействия на алкоголиков, предложенную В.Е. Рожновым и включающую в себя индивидуальные и коллективные беседы, эмоционально-стрессовые гипнотические коллективные сеансы в стационаре, лучше в отделении при промышленном предприятии, поддерживающее амбулаторное лечение. Все это, конечно, сочетается с медикаментозным лечением и физиотерапией.

Известно, что во многих случаях трудно бывает определить, является данный психопат, например, эпилептоидным или истерическим, шизоидным или астеническим, точно так же, как трудно бывает дифференцировать психастеноподобную шизофрению с психастенической психопатией. Однако, врачу-практику важно прежде всего ухватить «стержень» данного психопата, то болезненно-характерологическое «ядро», которое определяет его поведение (астеническое, эпилептоидное и т. д.). Этим «ядром» психопатической личности, по существу, определяется осознанно-неосознанная «система «значимых» переживаний» (Ф.В. Бассин, В.Е. Рожнов, М.А. Рожнова) психопата-алкоголика, в соответствии с которой и следует лечебно действовать.

Особенности лечения неустойчивых психопатов-алкоголиков (ювенильных алкоголиков) *

Неустойчивый психопат отличается душевной незрелостью в виде дисгармонического инфантилизма (Г.Е. Сухарева). Инфантилизм сказывается в психопатических свойствах, напоминающих здоровые характерологические особенности ребенка. Это легкомыслие, неспособность к зрелому умозаключению, обобщению, эмоционально-субъективное художественно-красочное отношение к людям, предметам, ситуациям. Неустойчивый психопат склонен фантазировать с верой в реальность своих фантазий. Незрелость эмоции, состоящая в неспособности, например, достаточно глубоко и длительно переживать горе внутренне, но зато и в бурно-шумном внешнем реагировании весьма напоминает здесь реакцию ребенка на семейное несчастье: громче всех плачет, шумит в своем переживании, но скорее и легче всех успокаивается и отвлекается своими играми. Свойственно этому психопату и сильное желание нравиться, представляться значительным и необыкновенным, заставить людей заниматься им, возиться с ним. Дисгармоничность инфантилизма заключается здесь в том, что рядом с этими «детскими» свойствами наличествуют психопатические моменты отнюдь не детские — грубая раздражительность и бурная, неуемная сексуальность. Последние моменты больше напоминают особенности пубертатно-юношеского криза, и потому точнее говорить здесь об ювенилизме, нежели об инфантилизме. Подобно юношам, неустойчивые психопаты отличаются романтически-печальными спадами настроения и склонностью упрямо-шумно протестовать против малейших справедливых замечаний и советов в их адрес. В отличие от истерических

* См. работу 6.10.

психопатов (другой вариант психопатии на почве дисгармонического инфантилизма), у неустойчивых психопатов в их образе жизни на первый план выступает не холодно-лицемерный эгоцентризм, а неустойчивость, аморфность чувств, интересов, мнений, отношений, проникнутая эмоциональной мягкостью, нежностью, даже поэтичностью, но и детской беспомощностью. Неустойчивый психопат катастрофически податлив хорошим и плохим влияниям среды, и больше — плохим, на него ни в чем нельзя положиться, ни в чем ему нельзя довериться. Он начинает пьянствовать обычно в компании с музыкой и чтением стихов. Либо заглушает спиртным свою романтическую печаль о несбывшихся надеждах («каких-то лет сорок-пятьдесят осталось жить, а еще ничего волшебного, удивительного не случилось в жизни, даже в театральное училище не поступил» и т. п.), либо он пьет от радости жизни. Хронический алкоголизм часто развивается тут за несколько месяцев пьянства и течет злокачественно, нивелируя личность, но и тогда ювенильный алкоголик обычно хранит в душе огрубленно-лирическую печаль.

Начинать лечить ювенильного алкоголика, видимо, самого прогностически-малоблагоприятного из всех алкоголиков-психопатов, следует в стационаре. В индивидуальных и коллективных беседах должно добиваться прежде всего того, чтобы больной, насколько способен, осознал, что по-настоящему болен хроническим алкоголизмом и пропадет, если не станет усердно лечиться, не расстанется даже с любым количеством спиртного навсегда. Необходимо пациенту разъяснить-внушить, что его хронический алкоголизм не излечим в том смысле, что он теперь когда-нибудь сможет пить умеренно, как все. Даже если через 20—30 лет полной трезвости попробует пить понемногу — все вернется и еще в более тяжелой форме. Значит, выход один — не пить вовсе, никогда. И надо постараться в больнице набраться как можно больше отвращения к спиртному и в подробностях решить, как перестроить теперь свою жизнь. Только сердечностью, искренней заинтересованностью в судьбе больного, нетривиальностью, образностью выражений возможно победить заносчивый протест этих пациентов; их мальчишеское упрямство есть, по сути дела, сверхкомпенсация внушаемости. Если упрямство гаснет и больной шумно раскаивается в прежней своей алкогольной жизни, с крупными, чистыми слезами ужасается тому, «как это оно все вышло», клянется не пить больше ни капли и перестроить свою жизнь так, чтоб сделаться человеком с большой буквы, — то врачу надобно знать, что во все это мало пока можно верить, даже в тех случаях, когда боль-

ной с замечательной образной доходчивостью способен объяснить другим больным, в чем именно состоит их болезненное состояние, способен умело уличить алкоголика, скрывающего, например, в групповой беседе свой похмельный абстинентный синдром. Бывает, стоит такому больному на час выбраться за территорию больницы — и он, услышав возле палатки «умопомрачительно-густой запах пива», способен, к сожалению, с такой же искренностью убедить себя самого в том, что у него нет никакой алкогольной болезни, а только нервность, врачи ошибаются, и он может пить «как все». Рядом с индивидуальными и групповыми беседами идут сеансы коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии. На этих сеансах больной обычно ведет себя не менее искренне-выразительно, он впадает в сомнамбулизм или в бодрствующем состоянии без всякого подкрепления струйкой спирта выказывает страдальческим лицом жуткое отвращение к одному только напоминанию о выпивке, мучается рвотой, извиваясь всем телом на кушетке, но все это совсем не значит, что он через час не сможет выпить бутылку вина, которую перебросит ему через забор больничного сада собутыльник с уверением: «Пустяки, сможешь выпить!» Таким образом, слишком выразительное раскаяние, слишком выразительная рвота в этих случаях должны настораживать врача в смысле неблагоприятности прогноза. В стационаре уже надо позаботиться вместе с больным о том, в какое интересное дело уйдет он с головой после больницы для того, чтобы жить трезвым среди питейных соблазнов. Может быть, устроиться на другую работу, может быть увлечься каким-либо делом после работы и, кто знает, может быть, в этом деле расцветет его истинный талант. Может быть, это разведение цветов в горшках или декоративных рыбок в аквариумах с тем, чтобы наблюдать их, писать о них стихи или сказки и стараться напечататься в журналах. Может быть, организовать кружок художественной самодеятельности, может быть, заняться чеканкой, резьбой по дереву, художественной фотографией и т. д. Надо посоветоваться с больным, как теперь твердо отказываться ему от спиртного в случае вынужденного недомашнего застолья. Уже в стационаре надо пытаться сдруживать таких больных с другими больными, с которыми им по-настоящему интересно вместе общими разговорами и занятиями, чтоб после больницы, быть может, подружились семьями и безалкогольно встречались в выходные дни, в праздники, вместе путешествовали в отпуск, вместе сторонились питейных соблазнов. Такое маленькое двух-трехсемейное трезвенническое содружество просто необходимо при амбулаторном уже ведении

ювенильных алкоголиков. Врач встречается регулярно со своими пациентами индивидуально, и он желанный гость изредка, но систематически, в домашней обстановке у всего содружества для истинной пользы делу.

Следует, в целях еще более дифференцированного лечения, обратить внимание на два варианта больных этой группы: 1) ювенильные алкоголики с особенно сильной душевной *аморфностью* и связанной с ней тотальной внушаемостью и 2) ювенильные алкоголики с избирательной внушаемостью, уязвимым самолюбием, острым упрямством и *яркими элементами театральности*.

«Аморфные» ювенильные алкоголики, как правило, не отличаются высоким интеллектом, поверхностны в своих интересах, подобны теплому воску, из которого среда лепит сегодня хорошее, завтра плохое. Именно такой больной, даже независимо от стажа болезни, в кабинете врача горячо, искренне клянется не пить, а через полчаса напивается. Или после больницы, не выдерживая насмешек бывших собутыльников, «устраивает» себе во дворе алкоголь-тетурамовую провокацию. Или, «загоревшись» встречей с другом, вообще аффективно забывает, что принял тетурам. Эти больные склонны часами романтически сидеть в скверах, бесцельно гулять по городу, «всасываясь» в компании алкоголиков, а то и наркоманов. Потому здесь следует особенно настаивать на том, чтобы пациент почти все внерабочее время проводил либо в семье, либо вместе с семьей в трезвенническом содружестве нескольких семей (общество трезвости). Аутогенная тренировка не показана ювенильным алкоголикам, так как может вызвать сомнамбулические состояния, но «аморфных» ювенильных алкоголиков необходимо научить систематически внушать себе в бодрствующем состоянии, например, следующее: «Никто никогда, нигде не сможет склонить меня к выпивке. У меня есть самолюбие, гордость. Почему я должен подчиняться людям, которые живут лишь своими желаниями, которым все равно, что будет со мной после спиртного на службе, в семье. Уж лучше буду слушаться родителей, жену — вот кто по-настоящему желает мне добра. Ярко представляю себе ужас моих родных в случае, если снова выпью под просьбами этих людей. Разве я тряпка, которую можно мотать туда-сюда?! Прочь, прочь отсюда! Иду к людям, которые действительно желают мне добра». Такому пациенту следует попытаться психотерапевтически формировать душевную настороженность к тому, что всякая встреча с людьми, знакомыми и незнакомыми, может сопровождаться предложениями и уговорами выпить, он должен заранее настроиться защитно в этом смысле при любой встрече. Все это врач должен делать с

искренним участием. «Морализаторство» отталкивает таких больных от врача.

«Театральные» ювенильные алкоголики не есть истерические (в личностном смысле) натуры. Здесь нет патологической эгоцентричности с внутренним душевным холодом и двуличием. Почва, на которую падает алкоголизм, отличается здесь той же неустойчивостью, душевной теплотой, симпатичностью, но более тонкой, нежели у «аморфных» ювенилов, с яркой печатью высокого художественного интеллекта. Ювенильное упрямство («петушество») способствует частым конфликтам с начальством, сослуживцами, близкими. Знакомства здесь более избирательны, сообразны духовным интересам больного (часто поэтическим, живописным, театральным и т. п.). Больные эти тянутся к интересным им людям. Попав в трудное положение, активно пытаются из него выбраться, проявляют смекалку, остроумие. Не так уж редко они сами приходят к врачу. И если врач не «морализует», не говорит лишь о болезни, оказывается хорошим собеседником, например, в вопросах искусства и (очень важно!) дает больному показать его знания, как-то умело способен оценить какие-то достоинства больного, — то контакт, как правило, устанавливается. Доказывать такому алкоголику, что он болен алкоголизмом следует, обращаясь (без назойливости!) к его высокой способности понять и усвоить многие сложные вещи. В таких случаях самолюбие больного берет обычно верх над «алкогольной позицией», он действительно научается довольно тонко оценивать болезненность своего состояния (но еще тоньше — состояния других больных). Не слишком обнадеживаясь этим, поскольку любая критическая тонкость здесь способна утонуть в ювенильной бурной эмоциональности, следует всячески стимулировать творческие способности этих пациентов. Пусть это и с особой отчетливостью звучит в фазе мотивированного внушения, предваряющей собственно эмоциональный стресс.

Учитывая склонность ювенильных алкоголиков к спадам настроения, особенно ранней весной, желательно чаще с ними встречаться в это время и усиленно витаминизировать в целях профилактики этих спадов, внушать в бодрствующем состоянии и гипнотическом сне свежесть, бодрость, хорошее настроение. Временами следует назначать тетурам и повторять амбулаторно эмоционально-стрессовые сеансы. «Продержать» трезвым ювенильного алкоголика хотя бы полгода после больницы уже весьма высокое врачебное достижение, и нельзя падать духом, если больной вновь запьянствовал; следует деловито и энергично вернуть его в трезвость, назначив антабус (тетурам) или эмоционально-стрессовые

сеансы, и затем искренне выразить пациенту надежду на то, что больше с ним этого не случится.

В тех случаях, когда добровольное лечение не идет, приходится решаться на совет близким больного о лечебно-трудовом профилактории, ибо каждый год пьянства приносит особенно такому больному непоправимое нарушение личности и соматического здоровья.

Особенности лечения эпилептоидных психопатов-алкоголиков (эпилептоидных алкоголиков)

Эпилептоидный психопат характеризуется прежде всего вязкостью душевной жизни. Вязкость эта сказывается в мышлении прямолинейностью, обстоятельностью, склонностью к сверхценным образованиям — чаще всего ревностного содержания. Тяжелые в своей ревности алкоголики — это чаще всего алкоголики эпилептоидного склада. Эмоциональная вязкость эпилептоида не позволяет ему легко и быстро отреагировать на неприятность, обиды накапливаются, застаиваются в нем, и тогда порой пустяк провоцирует дисфорический взрыв. Эпилептоиды нередко отличаются большой активностью, настойчивостью, сильной и грубой чувственностью, тягой к сильным ощущениям, любят власть, любят поучать, «читать нотации», не раскаиваются обычно в своих агрессивных проступках. Они сплошь и рядом поразительно не способны понять интересы других людей, считаться с иными отношениями к вещам и делам. Нередко фиксируются на всевозможных отрицательных элементах, критически их смакуя и этим, видимо, приподнимая над плохим собственную персону. «Морализируя», скандаля по поводу не вовремя поданного обеда, они не терпят замечаний по поводу многих собственных дурных проступков, любят покорность. Опьянение эпилептоидов еще до хронического алкоголизма характе-

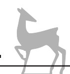
---

* *Эпилептоидных психопатов* следует отличать (что часто весьма трудно) от *органических психопатов* (Г.Е. Сухарева), тоже нередко делающихся хроническими алкоголиками. В личности органических психопатов явственно звучит «органичность» в виде легкой, нередко эйфорической, малокритичности, аффективной неустойчивости, грубоватости мышления, грубоватой напряженности влечений. Неврологически «органичность» нередко проявляется в виде рассеянной микроневрологической симптоматики. На этом фоне, в зависимости от личностного варианта, преобладает либо органически-грубоватая бестормозность, либо грубость влечений (в том числе дисфорическая агрессивность), либо астеноподобная характерологическая структура. Клиника хронического алкоголизма у органических психопатов напоминает таковую у больных с органическим поражением мозга. Однако вопрос особенностей клиники и лечения органической психопатии, осложненной алкоголизмом, еще только ждет глубокого исследования. См. работу 6.8.

ризуется подозрительностью, ревностью, склонностью «задирать» и драться. У многих из них обнаруживается явное недоразвитие нравственных чувств, и в свете этого недоразвития эпилептоидная «борьба за справедливость» приобретает нередко ханжеско-садистические формы*. Влечение к спиртному возникает у них обычно довольно быстро и отличается большой силой, как и другие их влечения. Похмельный абстинентный синдром, катастрофически углубляясь, приводит к ранним истинным запоям.

С эпилептоидным алкоголиком весьма трудно бывает установить психотерапевтический контакт. Во многих случаях такие пациенты с гневом отказываются считать себя заболевшими, а значит лечиться, и приходится направлять больного на принудительное лечение в лечебно-трудовой профилакторий. В других случаях, наоборот, эпилептоидный алкоголик идет на лечение, чтобы «доказать», что он так тяжело болен, что современная медицина не в состоянии ему помочь и, значит, врачи виноваты в том, что он продолжает пить. Но нередко случается, что эпилептоидный алкоголик на годы расстается со спиртными напитками или назло кому-то (например, жене, которая ушла от него за пьянство), или в тех случаях, когда лечение построено с тонким учетом его личностных особенностей: его выбирают старостой в маленьком двух-трехсемейном обществе трезвости, поручают ему читать лекции населению о борьбе с пьянством, и он тогда так нещадно бранит пьяниц, так едко изображает, как трясутся они по утрам в похмелье у палатки, что слушателям не приходит в голову, что лектор сам лечится от алкоголизма. То есть в процессе лечения следует учитывать «параметр “значимости” переживания» (Ф.В. Бассин, В.Е. Рожнов, М.А. Рожнова), дабы умело нажимать на «значимые» душевные клавиши, другими словами, в данном случае необходимо стремиться вовлечь пациента в дело, в котором он нашел бы выход своему властолюбию с пользой для общества.

Лечение здесь желательно начинать в стационаре. Уже в первом разговоре с больным, рядом с непреклонностью и стойкостью своей врачебной позиции, следует здесь подчеркнуть и свое уважение к больному. Упрекать такого больного за прежнее пьянство, скандалы в семье и на службе, выводить на чистую воду его «правдолюбие», «борьбу за справедливость», — значит совершать врачебную ошибку, озлобляя больного, настраивая его и против врача, и против лечения. Здесь надо отчетливо показать пациенту, что мы не обвиняем его всецело в том, что с ним случилось. «Распущенность пьянства» — явление, разумеется, более сложное,



чем многие думают, но теперь, когда он узнал от врача, что болен алкоголизмом, что именно по этой причине пропадает, заставляя страдать своих близких, теперь он будет виноват глубоко и всецело, если откажется лечиться по-настоящему. Таким больным без «грома обвинения» нужно постоянно наглядно и терпеливо показывать, к каким неприятным последствиям приводит их пьянство (прогулы, жена подала на развод и т. д.). Вот если он, больной, не будет теперь усердно лечиться, — то уже в этом его прямая и жуткая вина. Если пациент и это воспринимает негативно, следует твердо отметить, что, значит, в таком случае думал о нем лучше, чем это есть на самом деле, и выразить родственникам свою обеспокоенность в связи с тем, что он не хочет лечиться по-настоящему. Затем в течение нескольких дней целесообразно мягко «игнорировать» больного, он должен явственно почувствовать, что его алкогольная позиция уменьшает интерес врача к нему. В то же время родственники больного на свиданиях с ним огорчены и недоумевают («зачем же тогда лег в больницу, если не хочешь лечиться как следует?!»).

Все это нередко способствует возникновению или усилению желания сотрудничать с врачом, хотя далеко не всегда это есть истинное желание лечиться. Однако следует использовать даже это внешнее отсутствие негативизма к лечению для того, чтобы уже начать превращать алкогольную позицию в трезвенническую. Подчеркивать пациенту, что такие положительные его качества, как стойкость взглядов, упорство в достижении цели в данной ситуации играют отрицательную роль. Особенно действует на этих больных знакомство с тем, как наука, перед которой они обычно преклоняются, рассматривает их влечение к спиртному, похмелье, запои, «необычные душевные страдания». Когда из книг и живых примеров в отделении они узнают, что их случай не исключение, не загадка, что у многих так, что даже их необычные душевные страдания выражаются такими же словами, то есть все это банальный, типичный случай, — тогда они обычно сникают и охотнее идут на лечение. Теперь он обычно осторожнее обсуждает вместе с врачом, каким сам себя считает и каким считают его окружающие, пишет об этом небольшие очерки, и лишь теперь бывает возможным научить его хоть немного критичнее смотреть на себя сбоку, выработать у него способность прислушиваться и к мнениям других людей, не насаждая силой собственное мнение как абсолютную для всех истину. В таком состоянии больной готов к эмоционально-стрессовым сеансам с предварительными мотивированными внушениями. Все это, несомненно, способствует трансформации алкогольной пози-



ции в трезвенническую, и приходится теперь, опираясь снова на психопатические личностные особенности, всячески вовлекать эпилептоидных алкоголиков в интересные им дела (коллекционирование марок, чтение противоалкогольных лекций, общественная руководящая работа по озеленению двора и т. д.). Наконец, важно стимулировать в них гордость трезвенничества (вот тот-то продолжает пьянствовать, увольняют его, а я-то трезв и потому все у меня в порядке и на работе, и дома... и дачу строю и т. п.). В периоды спонтанного обострения влечения к спиртному (здесь при эпилептоидной мощности влечения это особенно важно!) следует назначить на несколько дней какой-либо нейролептик, смягчающий вегетативную, влеченческую напряженность, в малых дозах. Лучше всего, пожалуй, тут действует этаперазин.

Rp.: Aethaperazini 0,004
D. t . d. № 24 in tabul.
E. S. По $^{1}/_{2}$ табл. 1—3 раза в день после еды.

Крайне неблагоприятная в прогностическом отношении разновидность эпилептоидных алкоголиков — «алкоголики-резонеры» (С.А. Суханов). Эти больные отличаются своеобразием мышления, которое на первый взгляд представляется оригинальностью, но на второй уже — резонерством и сверхценной неспособностью взглянуть на вещь с разных сторон. Болезненно-философическая гордость этих заядлых резонеров-моралистов часто не позволяет им признать себя алкоголиками. В редких лишь случаях эти знающие все лучше врача пациенты ненадолго нисходят до лечения. Чаще приходится лечить их принудительно. Бывает, что в лечебно-трудовом профилактории такой пациент, угрюмо получая принудительное лечение апоморфином, «обиженный судьбой», создает целую книгу резонерских излияний о том, как оскорблен людьми за «прекрасные побуждения души». Сегодняшние неудачи в лечении этих больных должны стимулировать врачебные искания в работе с подобными пациентами.

Особенности лечения циклоидных психопатов-алкоголиков (циклоидных алкоголиков)

Описанные Э. Кречмером и С.Г. Жислиным «синтонные алкоголики» происходят, как указывалось этими авторами, не из психопатов, а из здоровых компанейски-беспечных сангвинических гурманов, любителей выпить. Из циклоидных психопатов чаще всего «входит» в хронический алкоголизм циклоидный вариант с пессимистическим фоном настроения и склонностью к длительным тоскливым сос-

тояниям (конституционально-депрессивные циклоиды П.Б. Ганнушкина). Эти психопаты, как и все циклоиды, отличаются естественностью, сердечностью, практичностью, искренним желанием помочь всякому нуждающемуся в помощи, способностью «растворять» свое душевное напряжение в естественных, порой бурных, выразительных движениях, склонностью к гастрономическим и другим уютночувственным радостям жизни. Их личностная патология состоит, в сущности, в почти постоянной душевной «опущенности», изредка лишь просветляющейся мягким оживлением и юмористической улыбкой, но чаще углубляющейся почти в субдепрессию с возникающей или усиливающейся тревогой, неуверенностью, самообвинением, ранимостью. Вообще свойственная этим психопатам известная характерологическая психастеноподобность способствует в ситуациях психической травматизации тоскливо-тревожным спадам, делая их, по существу, эндореактивными. Именно в тоскливости, когда «жмет грудь», когда никого не хочется видеть, ничего не хочется делать, тягостно думается о том, что уж теперь-то это никогда не пройдет, — чаще всего именно в таком состоянии циклоид напивается в одиночестве и, почувствовав некоторое облегчение, прибегает к этому «самолечению» вновь и вновь. Благодаря высокой от душевной напряженности толерантности, он основательно «пропитывается» алкоголем и довольно быстро, за несколько месяцев пьянства, у него могут уже возникнуть абстинентные механизмы, и тогда образуется нередко «порочный круг»: тревога-тоскливость ведет к выпивке, абстиненция — к тревоге-тоскливости.

Прогноз здесь может быть весьма благоприятным при индивидуально-личностном психотерапевтическом подходе в сочетании с лечением антидепрессантами. Эти больные отличаются достаточно высокой критичностью к своему болезненному состоянию, но в тоскливости, когда не верится, что эта тоскливость пройдет, машут на все рукой и напиваются. Учитывая их психастеноподобность, прежде всего душевную ранимость и нравственную отзывчивость, добросовестность, способность крепко-благодарно привязаться к врачу с боязнью подвести врача, не оправдать доверия, следует здесь прежде всего потратить врачебную сердечность на установление глубокого контакта и тем самым преисполнить пациента благодарностью к врачу. Это возможно сделать с помощью бесед с пациентом о всех подробностях его жизни, с помощью искренней заботы о нем, выражающейся, например, в том, что, записав его день рожденья, послать поздравительную открытку, позвонить по телефону, принести ему книгу, которую он хотел бы почитать или сделать

какие-нибудь другие «мелочи», душевно «закабаляющие» этих больных. Для успеха дела отношения должны стать настолько дружески-теплыми, насколько позволяют это отношения между врачом и больным. И тогда пациент, зная, что любым возвращением к спиртному, глубоко огорчит врача, удерживается от выпивки, благодаря острой совестливости, даже в «тоске зеленой». Этим пациентам не нужно со всей отчетливостью подчеркивать сколько горя принесли они близким своим пьянством. Достаточно лишь спросить, пропил ли он что-нибудь из вещей жены, бывало ли, что дети из-за его пьянства оставались без мяса, без сладостей, — и пациент сам с болью начнет корить себя за это. Будучи нередко гурманами, относясь поэтому к рвоте как к противоестественному акту, больные тем не менее соглашаются и на рвотное лечение («чтоб сильнее было отвращение»). И в групповых беседах, и в эмоционально-стрессовом сеансе с прелюдией мотивированного внушения следует щадить душевную ранимость этих пациентов. Так, при эмоционально-стрессовом вызывании рвоты на вкус, запах спиртных напитков, на одно представление о них, больной, при всей твердой активности врача в этой лечебной работе, должен чувствовать, что врачу самому неприятно так «мучить» его, но необходимо «помучиться» для светлой будущей жизни с чистой безалкогольной кровью. Апоморфиновые рвоты и рвоты с помощью отвара баранца и других рвотных жидкостей нередко вызывают у этих больных (как и у астенических алкоголиков) коллапсы. Как и у астенических алкоголиков, тут хороший эффект дают самовнушение и аутогенная тренировка с центральной формулой в бодрствующем состоянии или в состоянии аутогенетического погружения: «Смогу, смогу удержаться от спиртного в любой обстановке». Самое опасное состояние для такого больного в амбулаторных условиях — тоскливая фаза. В это время больному следует неустанно повторять, что это пройдет, как и раньше проходило, хотя и раньше казалось, что не пройдет никогда. Из антидепрессантов можно назначить обычно усыпляющий в первые дни приема амитриптилин.

Rp.: Amitriptylini 0,025
D. t. d. № 50 in tabul
S. По 1 табл. 2—3 раза в день после еды.

Иногда тоскливое, тревожно-тоскливое состояние основательно смягчается здесь внушением в гипнотическом сне: «Уходит, рассасывается тоскливость, мягче, легче, спокойнее на душе». При неэффективном амбулаторном лечении тревоги, тоскливости следует уговорить больного лечь в больницу.

Особенности лечения астенических психопатов-алкоголиков (астенических алкоголиков)

Астенические психопаты на фоне пожизненной склонности к астеническим состояниям (то есть к раздражительной слабости с различными вегетативными дисфункциями) отличаются патологическим личностным (характерологическим) астеническим складом. Существо этого склада — патологический конфликт переживания своей недостаточности с болезненно-ранимым самолюбием. Чувство недостаточности (неполноценности) сказывается здесь не в утонченных формах самоанализа с самообвинением, сплетенных из тревожных болезненных сомнений (как это видим у психастеников), а в формах менее «мыслительных» (впрочем, тоже свойственных психастеникам) — в нерешительности, тревожной мнительности, робости, застенчивости, боязни ответственности. Чтоб меньше раниться душевно, астенический психопат стремится спрятаться в уютно-скромную малоответственную службу, но в то же время самолюбиво переживает, что более решительные и смелые сверстники достигают в жизни большего, завидует им, расстраивается, сам хочет быть сильным. Душевная ранимость приводит к тому, что он почти ежедневно приносит домой с работы «хвосты» душевных переживаний и вечером, и бессонной ночью тревожно-напряженно обдумывает свои обиды и неудачи. Тревожно-субдепрессивные состояния здесь в основном психогенны, содержание их, как в зеркале, отражает подробности травмирующей астеника ситуации, благоприятный для больного поворот в ситуации тут же его успокаивает и просветляет. В отличие от астеноподобного шизоидного психопата астеник душевно мягок, жалостлив, склонен привязываться сердечно к людям, которым доверяет, «выговариваться» им со всей откровенностью, беспомощностью. Некоторые из астеников, особенно в молодости, защитно гиперкомпенсируются, напуская на себя искусственную развязность, грубость, а потом мучаются от этого еще больше своим астеническим жалом.

Как правило, астенические психопаты начинают пьянствовать, чтобы смягчить тревожное напряжение, робость (посмелеть и побыть тогда среди людей, например, в гостях или на танцах, «распрямленным», без «конфузливой скрюченности») или смягчить тоскливость по причине одиночества, чувство малоценности.

Главное в лечебной работе с астеническим алкоголиком, как и с циклоидно-тоскливым, теплый психотерапевтический контакт. Тут вообще много общего с лечением циклоидных алкоголиков: важна также прежде всего доброжела-



тельная естественность врача, искренняя и энергичная забота, способность не поранить болезненное самолюбие. Эти пациенты среди других алкоголиков отличаются особенной прогностической благоприятностью. Нередко они и без врача расстаются на годы со спиртными напитками, испугавшись, например, «тяжелого» сердцебиения в похмелье. Они нередко приходят к врачу сами и почти всегда отчетливо понимают, что больны алкоголизмом. Если эпилептоидному алкоголику следует в некоторых случаях на почве уже сложившегося психотерапевтического контакта объективно показать, что он не так-то уж хорош, как мнит о себе, то астеническому — чем он приятен для окружающих. Стеснительность, робость, угрызения совести — это все прекрасные человеческие свойства, их уважают, любят, так как они связаны обычно с углубленной нравственностью, которая ценится выше всего на свете. Поэтому нечего завидовать «толстокожим». То есть важно тут помочь пациенту научиться уважать в себе характерологически-астеническое, вместе с больным систематически подробно разбираться в его душевных конфликтах, в травмирующих больного обстоятельствах жизни, советовать как лучше в каком случае поступить. Выводы беседы кратко, но выразительно повторить в успокоительном сеансе гипнотического сна. Такие пациенты благодарно привязываются к врачу, «как к отцу родному», находят душевное укрепление, посвежение в лечебной исповеди, и нет уже надобности обезболивать вином душевные раны. Особенности эмоционально-стрессовых сеансов здесь таковы же, как для предыдущей группы. Тошнотно-рвотная реакция на спиртное вырабатывается здесь быстро и держится прочно, как и психотерапевтически сформированная эмоциональная неприязнь к алкоголю. Еще в стационаре следует пытаться помочь астеническому алкоголику найти для себя, сообразно своим интересам, успокоительное «хобби» для вечера (коллекционирование марок, радиолюбительство, фотография и т. д.), дабы таким образом, без спиртного смягчать свое душевное напряжение. Время от времени, особенно перед праздниками, в случае какого-либо жизненного несчастья (похороны и т. д.) необходимо назначать астеническим алкоголикам тетурам, чтоб с «ощущением заряженной бомбы» легче было отказываться от спиртного. Сдруживая астенических алкоголиков с другими в малых противоалкогольных обществах, следует иметь в виду, что с ювенильными и эпилептоидными алкоголиками тут часто серьезная душевная несовместимость, держащая астеника в постоянном душевном напряжении.

Родственников следует просить учитывать чувствительность этих пациентов. Например, звучание насмешливой нотки в выражении «он у нас трезвенник» может глубоко ранить пациента и породить срыв.

Итак, неправильно было бы считать, что у психопатов вообще алкоголизм течет злокачественно и прогностически малоблагоприятен. Все зависит от типа психопатии и от качества врачебного вмешательства. Так, астенический психопат, заболевший алкоголизмом, прогностически гораздо благоприятнее многих алкоголиков непсихопатов. Для того, чтобы квалифицированнее работать с больными алкоголизмом вообще и алкоголиками-психопатами в частности, врачу необходимо постоянно погружаться в изучение пограничной психиатрии, в том числе — в изучение неврозоподобных и психопатоподобных форм большой психиатрии, так как психопатические состояния, осложненные алкоголизмом, всегда следует с тщательностью дифференцировать с внешне похожими на них случаями алкоголизма, например, на шизофренической или органической почве.

6.10. О психотерапии ювенильных алкоголиков (1988)* [46)]

Здесь речь пойдет о ювенильной личностной почве психопатического или здорового регистра, которая отличается большой расположенностью к хроническому алкоголизму. Романтичностью, легкомыслием, некоторой расторможенностью влечений, грубоватым «петушеством» эти взрослые уже люди больше напоминают «законсервированных» юношей, нежели детей, и потому точнее называть их, независимо от алкоголизма, не инфантильными, а ювенильными — по примеру Габриеля Антона (1913). С давних пор привыкли видеть живое, романтическое легкомыслие рядом с частыми бокалами вина. В.Г. Белинский (1948, с. 454) одушевляет русский романтизм первой трети прошлого века, называя «добрым юношей, с глазами унылыми, но от модной тоски, с щеками несколько бледными, но от ночных пиров и диких хоров московских египтянок, в просторечии называемых цыганками, — с характером раздражительным и несколько

* В соавторстве с И.С. Павловым.

нелюдимым, но от расстроенного пищеварения вследствие нерассчитанного усердия к Вакху и Кому, — с душою праздною и скучною, но от излишней любви к “сладостной лени”».

Наметим две группы ювенильных алкоголиков.

Первая группа (70 чел.) — «аморфные» ювенильные алкоголики. Это ювенильные алкоголики без «изюминки»* (пациенты с душевной аморфностью и, следовательно, тотально [не избирательно] внушаемые). Тут интеллект не высок, интересы и убеждения крайне поверхностны и податливы влияниям особенно дурной среды, как мягкая глина. Например, пациент обнаруживает в процессе лечения живую гримасу отвращения в разговоре о спиртном, но когда другие больные пытаются поднять на нитке в палату с улицы бутылку вина, входит в «спортивный азарт» («оборвется или нет?») — и, потеряв голову, делается соучастником нарушения. Тотальная внушаемость массивно препятствует здесь лечению. На сеансе коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии по В.Е. Рожнову пациент, впадая в сомнамбулизм или даже без гипнотического состояния, искренне извивается в рвоте от слов о вреде спиртного для него, а через час в больничном саду приятель-гость, внушая обратное, напаивает его без всякой тошноты водкой или одеколоном. Остается пытаться увеличивать, сколько возможно, «трезвые окна» их жизни. Важно уговорить пациента принимать после больницы из рук близкого человека антабус, чтобы постоянно ощущать себя «заряженной бомбой». Обычно здесь, несмотря на это, через месяц-другой наступает срыв или рецидив**. При этом не следует долго упрекать пациента в слабости (долгие, назойливые упреки легче вытесняются ювенильной эмоцией, нежели краткие, часто порождают раздражение, антипатию к врачу). Лучше коротко, сдержанно пожурить больного и показать выразительно, но скромно внешне, что огорчил врача.

Вторая группа (46 чел.) — «театральные» ювенильные алкоголики. Это — ювенильные алкоголики с «изюминкой». Внушаемость здесь избирательна, сравнение с киселем, пластилином не годится. Обнаруживается уязвимое самолюбие с яркими элементами театральности, однако это не эгоцентрические (истерические) натуры: нет душевного холодка, двуличия, склонности к интригам. Основное

---

* Художественное творчество здесь и до алкоголизации обычно модно-банально, глуповато-сентиментально (с сусальной слезой).

** Если «трезвые окна» крошечны и больной рискованно пьет спиртное «на антабус», остается отказаться от антабуса и попробовать глушить влечение малыми дозами нейролептиков (этаперазин, аминазин).

свойство такого довольно теплого, симпатичного человека — та же душевная неустойчивость по отношению к чувственным удовольствиям жизни, что и в первой группе, но неустойчивость более высокого порядка при довольно живом мышлении и нередко художественном богатстве. Они медленнее личностно нивелируются, деградируют: видимо, более сложные мозговые структуры, обусловившие тут возможность более яркой и выразительной душевной жизни, менее податливы разрушению. Эти пациенты активнее, бойчее, более горды, их знакомства избирательнее, с тягой к интересным людям. Отмечается наклонность главенствовать, способность основательно увлечься особенно художественным (в широком смысле) делом; тут больше самостоятельности (хотя бы в том, что сам добивается путевки в больницу, а пациентов первой группы приводят обычно к врачу за руку). Однако по причине демонстративности и ранимого самолюбия «театральные» ювенилы часто конфликтуют на службе и в семье. Сама поездка в больницу нередко сопровождается пышной театрализацией (одного нашего пациента, например, привезли в больницу друзья, с шиком, на своей машине, хмельного, так как потребовал срочно положить его в больницу, узнав, что за пьянство понижен в должности). Они гораздо хитрее предыдущих пациентов незлой хитростью, осторожнее. Например, один пациент, ежедневно скрываясь из больницы через дыру забора в лес «с дамой», возвращался аккуратно по звонку и рассказывал о «лесных рандеву» далеко не всем*. Здесь уместнее, нежели в первой группе, упорное просветительное разъяснение (рассказать о похмельном абстинентном синдроме, «потере контроля» и т. п.). Вооруженный знанием, пациент перетерпит абстинентное похмелье, смягчив его кофе, попытается скрывать свои алкогольные ужимки и т. д. Однако, усвоив смысл «потери контроля», он нередко решает, что пить можно, но меньше «критической» дозы, и, действительно, ему часто удается после больницы некоторое время таким образом «балансировать» с «умеренной» выпивкой, хотя и малые дозы, несомненно, «тормошат» больное влечение. Сорвавшись окончательно, пациенты бегут в больницу, а потом снова пытаются «балансировать» и т. д., в отличие от «аморфных» ювенильных алкоголиков, обычно пассивно тонущих в пьянстве. Тошнотно-рвотная реакция на алкоголь, выработанная в гипнозе,

* Пациенты первой группы в подобных ситуациях теряют голову и сразу себя выдают.

здесь более стойкая, нежели в первой группе, однако эти пациенты нередко энергично избегают амбулаторного гипнотического подкрепления, а к антабусу относятся как к «грязно-химическому оскорблению души».

6.11. Диагностика шизотипического расстройства (малопрогредиентной шизофрении), осложненного алкоголизмом (методические рекомендации) (1979) [27)]

Больного шизофренией, осложненной хроническим алкоголизмом, должен лечить психиатр, имеющий достаточный опыт работы с душевнобольными. Однако психиатру-наркологу, работающему преимущественно с наркологическими пациентами, нередко приходится встречаться с больными шизофренией, осложненной алкоголизмом, и потому необходимо ему знать клинику шизофренического процесса (прежде всего малопрогредиентного, вялотекущего), завуалированную пьянством с похмельной абстиненцией, запоями и другими как будто бы банально-алкогольными расстройствами. Речь идет о том, чтобы научиться хотя бы заподозрить шизофрению за алкогольным фасадом и с этим подозрением направить больного на консультацию к психиатру. Это весьма важный, ответственный момент в работе психиатра-нарколога, поскольку больной шизофренией, страдающий одновременно и алкоголизмом, требует совершенно другой терапии и возможно даже потерять такого пациента (без его вины!), пользуя его, например, антабусом. Здесь по причине расщепления воли и ослабления инстинкта жизни традиционная расписка в знании того, что от спиртного может теперь погибнуть, не имеет юридического значения. Отвращение к спиртному, намерение не пить вовсе, неспособность не выпить при сложившихся обстоятельствах, несмотря на возможную смерть,— все это в случаях шизофрении может сосуществовать разобщенно, отщепленно друг от друга.

Заподозрить шизофренический алкоголизм — значит, во-первых, заподозрить шизофренический личностный фон, почву, а во-вторых, в самих алкогольных расстройствах увидеть, заподозрить шизофреническую особенность, необычность.

Шизофренический личностный фон (почва) обнаруживается как основное шизофреническое расстройство, которое с большей или меньшей выраженностью отмечается у всякого больного шизофренией, независимо от формы и давности болезни, и без которого, в сущности, нет шизоф-

рении. Это основное шизофреническое расстройство — *ДУШЕВНАЯ РАСЩЕПЛЕННОСТЬ (SCHISIS)*, описанная детально Эугеном Блейлером в 1911 году. *Расщепленность* эта есть сосуществование противоположных, с точки зрения здравого смысла исключающих друг друга психических мотивов без борьбы между собой, незаметно для больного, без ощущения противоречия, изолированно друг от друга, друг мимо друга, разобщенно, расщепленно, двойственно (амбивалентно). Это вовсе не значит, что все душевные движения больного шизофренией отчетливо расщеплены, но, клинически общаясь с больным, опытный психиатр обнаруживает ансамбль этих отчетливых расщеплений.

Мыслительная расщепленность (мыслительный схизис) сказывается, например, в том, что больной шизофренией, нередко не считая себя вообще больным, тем не менее, аккуратно посещает своего участкового психиатра, принимает назначенные ему психофармакологические препараты и объясняет это, ничуть не смущаясь, тем, что надо же к кому-то приходить, а терапевт его не принимает, сюда посылает. Больной алкоголизмом, кстати, тоже нередко не считает себя больным алкоголизмом, а сам, тем не менее, лечится от алкоголизма. Однако это есть следствие аффективности мышления, вытесняющей из сознания неугодное, неудобное. Это аффективно, эмоционально обусловленная противоречивость и нередко — как момент уже некритичности, личностного снижения. Страдающий алкоголизмом все же способен, проникнувшись психотерапевтическим разъяснением врача, оценить противоречивость свою, понять, что болен и в чем болезнь. Мыслительная расщепленность больного шизофренией не связана с эмоциональной охваченностью, это спокойное и, в сущности, недоступное пониманию больного отщепление одной мысли от другой в ущерб логике. И все это при сохранности механической памяти, объема знаний, нередко локальной глубокой сообразительности в шахматной игре, в математике и других точных науках, символической заостренности поэтического, музыкального, изобразительного творчества, т. е. при сохранности и даже порою незаурядности отдельных «инструментов» душевного аппарата без способности слаженно ими пользоваться. В этом смысле Крепелин и назвал образно расстройство целостной личности шизофреника «оркестром без дирижера».

Сказывается мыслительная расщепленность также в отношении пациента к собственным остропсихотическим расстройствам. Так, он как будто бы искренне считает болезненными псевдогаллюцинаторные «голоса» в голове и в то же время не убежден, что другие люди не слышат этих его



голосов. Он лечится много лет, принял горы лекарств, подолгу лежал в больницах и все же сомневается: «болезнь все это или просто валяю дурака?».

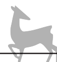
Элементарный патопсихологический эксперимент, как правило, оказывает большую услугу в трудных диагностических случаях. Например, пословицу «не плюй в колодец, пригодится воды напиться» больной объясняет: «надо сдерживаться и не всегда поступать плохо» и т. п. Поговорку «мал золотник, да дорог» больные шизофренией также нередко толкуют расплывчато, не в цель, витиевато, своими, специфическими мыслительными дорогами: «людей привлекают вещи, которые не имеют цены» или как-то нарочито примитивно-конкретно при достаточно высоком интеллекте: «человек славен не высоким ростом, не мускулами, не меховой шубой, а своими математическими способностями». «Задачу на четвертый лишний» (часы, самолет, велосипед, поезд) больной, например, решает так: «лишнее — велосипед, потому что самолет и поезд ходят по часам». Или: «лишнее — самолет, потому что, когда на велосипеде при часах опаздываешь на поезд, то самолет уже не нужен». Или: «лишнее — велосипед, так как только его здесь нужно двигать ногами, а часы сами ходят». Все это, несомненно, выказывает специфическое, расщепленчески-витиеватое нарушение обобщающих способностей. Расщепленность сказывается и в том, что больной шизофренией блестяще порой вскрывает абстрактный смысл трудных пословиц, не в состоянии справиться с легкими. Э. Блейлер заметил, что шизофреник нередко не может произвести простых арифметических действий, но с легкостью извлекает квадратный корень.

Эмоциональная расщепленность (эмоциональный схизис) сказывается в том, что сосуществуют без борьбы противоположные, взаимоисключающие эмоциональные моменты. Это, понятно, отнюдь не в духе нередкого смешения любви с ненавистью, когда человек испытывает это противоречие в душе и переживает его. Здесь опять нет борьбы и понимания противоречивости. Больной и любит, и ненавидит, хотя и одновременно, но как-то отдельно, отщепленно, без душевного конфликта. Больная в очереди к врачу зла на него, что нельзя попасть к нему сразу, и, когда заходит в кабинет, швыряет раздраженно в угол свою сумку, не желает рассказывать о своем состоянии, рвет на клочки схему лечения, составленную врачом, оскорбляет врача и в то же время любит его, беспомощно улыбается ему сквозь все это, подбирает свою сумку, достает из нее смятый букетик фиалок и протягивает врачу, еще продолжая ругаться. И снова нет у нас впечатления, что пациентка ощущает в себе ду-

шевное противоречие. Как бы ни был зол больной шизофренией, мы не обнаруживаем в этой злости цельности, а всегда есть оттенок беспомощности от расщепленности собственного самолюбия, «Я». Так и в шизофренической депрессии нередко напряженность отщепленно сосуществует с апатией — эмоциональным моментом, казалось бы исключающим напряженность.

Пример **эмоционально-волевой расщепленности**: больной категорически отказывается от консультации профессора, угрюмо не желает уходить из своей палаты и вдруг, непонятно почему, идет на эту консультацию с чрезвычайной и нелицемерной благожелательностью здоровается с профессором, врачами, благодарен за консультацию, всем пожимает руки т. п.

Расщепленность более или менее заметно пронизывает всю личность больного. Мысли, эмоции, волевые движения и психомоторика звучат несогласованно. Нет слаженности, согласованности в духе того или иного личностного здорового или психопатического типа реагирования. Больной шизофренией, например, встретил фронтового друга, с которым бок о бок сражался с врагом, который спас его от смерти, и больной все это великолепно помнит, но его лицо при встрече гипомимично, застывшие, маловыразительные глаза, вспоминает былое однотонно-скучным голосом, хотя, быть может, стилистически превосходно и написать об этом может прекрасно. Или другой больной сообщает, как из-за сердцебиений своих ушел с должности главного инженера в дворники «на чистый воздух», но рассказывает без живости переживания собственной трагедии, даже иногда с монотонной восторженностью при застывшем взоре, без выразительных движений, даже самых скупых, морща все время лоб при гипомимии остальной части лица (**психомоторная расщепленность**, давно уже замеченная старыми психиатрами). Самый жестокий психопат имеет свою психопатическую цельность, здесь же ее нет. Вследствие расщепленности больной шизофренией не способен цельно, практически пользоваться своим прежним опытом. Больной шизофренией в некоторых случаях, именно вследствие своей способности соединять то, что здравым смыслом не принято соединять, совершает крупные открытия в науке и искусстве, и в этом сюрреалистическая творческая ценность расщепленности. Внутренняя расщепленность порождает шизофреническую отщепленность от действительности, аутизм. Больной при этом нередко даже говорлив, но без живого участия в беседе и как бы духовно отделен от нас прозрачной невидимой пленкой. Мысли его зачастую не опираются на реальные факты, он склонен к


оторванному от предметов теоретизированию и потому может быть одновременно житейским резонером и весьма продуктивным в занятиях высшей математикой.

Малопрогредиентная (вялотекущая) шизофрения — тип непрерывно текущей шизофрении, отличающийся медленным мягким течением, отсутствием остропсихотической симптоматики. Здесь никогда не встречается глубокого душевного распада, опустошенности. Клиническая картина характеризуется неврозоподобными, психопатоподобными, паранояльными расстройствами. Больные эти весьма похожи внешне на невротиков, психопатов и практически включаются в круг пограничной психиатрии. Неврозоподобными следует считать те случаи вялотекущей шизофрении, которые, в отличие от вялотекущих паранояльных и психопатоподобных случаев, походят на неврозы симптоматикой и критическим отношением (безусловно, по-шизофренически расщепленно-относительным) к своему болезненному состоянию. Этим, кстати, объясняется и особая психотерапевтическая податливость этих больных. Сюда относятся варианты вялотекущей шизофрении с навязчивыми, неврастеноподобными, безбредово-ипохондрическими, истероподобными, деперсонализационными расстройствами, а также, исходя не из критерия психопатоподобности, а из критерия заметной неврозоподобной критичности к своим болезненным расстройствам, психастеноподобная шизофрения. Во многих случаях неврозоподобной шизофрении трудно говорить о преобладании тех или иных неврозоподобных расстройств — настолько все здесь полиморфно, перемешано. Именно эти случаи часто особенно резистентны к лекарственному лечению, менее благоприятны прогностически; пациенты нередко не в состоянии совершать работу, которая их не лечит, иногда обрастают рудиментарными параноидными, кататоническими и т. п. расстройствами, лежат весь день на диванах, как роботы, с запахом лекарств изо рта.

Следует всегда помнить об опасности гипердиагностики шизофрении. Шизофрению, в том числе вялотекущую, надо ставить лишь там, где вполне доказана подлинная шизофреническая расщепленность (она может быть малозаметной, но, тем не менее, отчетливой) и явная динамика процесса. В большинстве случаев вялотекущей шизофрении (исключая многие случаи паранояльные) наличествует «ослабление энергетического потенциала» (Конрад, 1958). Указанное расстройство состоит в том, что ослабевают внутренние побуждения, активность, больной все больше нуждается в толчке извне, не чувствуя уже прежнего «аромата» жизни, душевной живости, красок мира.

Вялотекущий шизофренический процесс нередко осложняется хроническим алкоголизмом. Какие же моменты должны настораживать врача в плане шизофренической подоплеки хронического алкоголизма при исследовании личности и самих алкогольных расстройств?

Во-первых, насторожить должна явная неслаженность, разобщенность в душевном состоянии, то, что больной как-то не похож на какой-либо вариант больного алкоголизмом. Эта «непохожесть» на хронического алкоголика обусловлена также обычным при вялом течении шизофренического процесса тонким, поначалу незаметным, но стойким нарастанием душевной вялости, утерей живости, вкуса к жизни. Больной чувствует, что обычные свои дела, в том числе и самые житейские, которые он раньше делал с охотой, легко, теперь приходится делать с усилием, заставляя себя, приходится в этом смысле «как-то механически тащить себя за шиворот по жизни по прежней привычке». Наконец, при вялотекущем шизофреническом процессе обычны эндогенные, внутренние колебания настроения, аффективные расстройства. Шизофреническая субдепрессия (нередко толкающая больного в пьянство), в отличие от циклотимической, расщепленно-сложна. Например, она нередко включает в себя вместе с апатией беспредметную душевную натянутость, напряженность, моменты гипоманиакальности с гиперсексуальностью и одновременно суицидальные тенденции, дисфорическую раздраженность. Нередко сам пациент убежден, что эта тоскливость (субдепрессия) вызвана реальными неприятными событиями, но обычно это есть только попытка психологически понятно «привязать» эндогенное расстройство настроения к событиям, поскольку в другое время подобные события не переживались так тягостно и остро. Во всяком случае нет впечатления алкогольного изменения, снижения личности. Как отмечали уже исследователи (особенно С.Г. Жислин, 1935), больные шизофренией, осложненной алкоголизмом, отличаются от многих больных шизофренией большей доступностью, мягкостью, общительностью, а от хронических алкоголиков отличаются отсутствием типичных алкогольных личностных изменений (эйфория, легко вспыхивающая аффективность и т. п.). Жислин приводит предположение Крепелина о том, что открытый, доступный характер психики «шизофренических бродяг» объясняется комбинацией их заболевания с хроническим алкоголизмом. Врача должно насторожить отсутствие алкогольно-органической личностной грубоватости, стертости личностных свойств у человека, многие годы жестоко пьянствующего с абстинентным похмельем и запоями, ал-

когольно-отечным лицом и т. п. Напротив, в разговоре с шизофреническим алкоголиком проглядывает отчетливо, иногда сквозь ворчливость и даже гневливость, душевная мягкость, «милота», иногда известная философическая тонкость, обусловленные шизофренической инфантильностью, внутренней беспомощностью от разлаженности, расщепленного мышления и чувствования. Такой больной нередко приходит к врачу сам в период еще сравнительно редких выпивок, витиевато пытается разобраться в том, не ищет ли он специально всякие причины для объяснения своего пьянства и т. п., чересчур подчеркнуто настаивает на том, что болен алкоголизмом (нетипично для больного алкоголизмом). В то же время не обнаруживается (или почти не обнаруживается) оживления (в том числе вегетативного) в беседе с больным о живых подробностях выпивки и закуски. Указанное оживление, как известно, возникает почти у всех больных хроническим алкоголизмом, исключение составляют больные с глубокой алкогольной деградацией, растерявшие свои эмоциональные ресурсы, депрессивные алкоголики, тяжелые шизоиды и больные шизофренией.

Во-вторых, больной шизофренией, осложненной алкоголизмом, в отличие от хронического алкоголика, нередко способен по временам, например, в семейный праздник, пить умеренно-здорово, даже с эстетическим удовольствием, без включения абстинентных механизмов. При этом он в легком опьянении бывает деликатен и остроумен, не похож на опьяневшего алкоголика, и наутро «чистая голова». Отчасти это объясняется тем, что приобретенная тяга напиваться с похмельными абстинентными расстройствами связана с шизофреническими аффективными, психосоматическими колебаниями и при известной амплитуде может отсутствовать. Больной шизофренией нередко болезненно пьянствует лишь при определенном состоянии своего основного заболевания. В связи с этим и патологическое влечение к спиртному гораздо реже, в отличие от чисто алкогольных случаев, «поджигается» здесь обстановкой, ситуацией выпивки. Увезенный близкими от привычных собутыльников в деревню или в дом отдыха, или в путешествие, шизофренический алкоголик, под присмотром, нередко месяцами не испытывает ни малейшего желания выпить, несмотря на застолье вокруг. Нет никакой зависти, быть может лишь ощущение легкой неполноценности, когда отказывается от рюмки водки. Или он пьет за обедом «немного хорошего вина» без всякой тяги. И вдруг непонятно почему «возникает мыслишка» (несомненно с глубинно-аффективными корнями) — «не выпить ли пивка», и больной чувствует, что



это уже другого рода, болезненный, не эстетический настрой на спиртное.

В-третьих, не характерно для «чистого» хронического алкоголизма и весьма характерно для алкоголизма шизофренического отсутствие борьбы мотивов перед очередной, заранее известной своей опасностью выпивкой. Часто тут нет борьбы: пить — не пить. Дело совершается само собой, импульсивно («мелькнуло желаньице — исполнил»). Парадоксальность в отношении к спиртному часто отмечается и в далеком, юном прошлом больного, когда не было еще оснований думать ни о шизофрении, ни об алкоголизме. Пациент сам нередко замечает, что здесь всегда было «много парадоксов». Один пациент вспоминает по этому поводу: «Например, сегодня банкет, но мне лучше выпить с друзьями по стакану водки и закусить пирожком, куском сыра. Хотя в ресторане и выбор напитков, и закусок, и музыка».

Чаще всего осложняются хроническим алкоголизмом психопатоподобный, психастеноподобный и ипохондрический варианты вяло протекающей вялотекущей шизофрении.

1. Вяло протекающая шизофрения с психопатоподобными расстройствами (психопатоподобная шизофрения) (Озерецковский Д.С., 1959; Сухарева Г.Е., 1974; Пантелеева Г.П., 1973).

Здесь склонность к пьянству обусловлена эмоциональным обеднением с попыткой «поджечь» себя «удовольствиями», а также психопатоподобной расторможенностью влечений, как и агрессивность, бродяжничество, сексуальная распущенность. Даже в случае тяжелых психопатоподобных расстройств не обнаруживаем цельной садистичности, дисфоричности. Сквозь агрессивные нагромождения проглядывают беспомощность, разлаженность, вызывающая сожаление обнаженность.

Больная Г., 18 лет, не работает*. Спокойно, на одной ноте, с кукольно-гипомимичным лицом рассказывает о сексуальных оргиях с «ромашкой» (обнаженные женщины лежат на полу головами друг к другу, раскинувшись, как лепестки ромашки). Сначала она, из боязни венерической болезни, была в этой компании группового секса только официанткой («во французских трусиках и лифчике разносила кофе и сигареты»), а потом тоже стала «лепестком ромашки». При всем

* Помещаем здесь краткие описания нескольких клинических случаев, чтобы помочь врачу научиться составлять, направляя пациента к психиатру, клиническую (но не терминологическую, а живо-описательную) характеристику больного. Только такого рода описанием возможно убедительно-выразительно показать свои сомнения в плане шизофренического процесса.

этом не обнаруживает живого психопатического цинизма (с наглым пониманием своей безнравственности), все это видится как обнаженность, беспомощность в способности оценить ситуацию, прочувствовать, понять неприязнь к этим оргиям слушающих ее на конференции врачей. Тонко отмечая созвучие свое с поэзией Цветаевой и Ахмадулиной, выказывая способность остроумно схватывать игру слов, — в то же время всерьез заявляет врачу, расспрашивающему ее на конференции, что вот его тоже взяли бы в эту компанию, так как с возрастом приходит сексуальный опыт и, может быть, у него есть приемы, которым стоит поучиться. Несмотря на почти ежедневное пьянство с болезненным влечением к спиртному в анамнезе в течение нескольких лет, алкогольных изменений личности выявить не удается. На многие, казалось бы безобидные, вопросы грубо-негативно отказывается отвечать. Сквозь брутальность и развращенность проглядывают явственно душевная разлаженность, незащищенность, даже тонкая нежность и процессуальная «милота». Выясняется, что в 15 лет «как-то изменилась», «неинтересно стало жить», испытывала тягостное безразличие и тогда пошла в подобные компании, чтоб хоть там, благодаря острым ощущениям, почувствовать удовольствие жизни. С тех пор считает, что «смысл жизни только в ощущениях». Грубо осуждает мать за бесчувственность, постоянное стремление «упрятать» единственную дочь в больницу, чтоб встречаться дома со своим «приятелем». В то же время жалеет мать за то, что мать так с ней мучается, и уж она сама никогда не будет иметь детей, чтоб не родился такой ребенок, как у матери. Однако ничего не видит плохого в том, что она не учится и не работает: просто ей «не нравится работать на тех скучных работах, которые попробовала», у матери денег она не берет, содержит ее один геолог. «Что ж тут плохого? А мужчина лучше, когда ему лет под сорок. С таким спокойнее. Вот если б у вас не было жены, вы искали бы такую, как я». Замуж выйти она не может: «Трудно выбрать кого-нибудь с таким богатым моим сексуальным опытом». При этом неожиданно краснеет и чуть не плачет, манерно-гипомимично вытянув лицо, говорит, что хочется ребенка, нянчилась бы с ним. И тут же ничуть не смущается, когда врачи спрашивают ее о грубо-нецензурных словах, которые вязью вплела в свои замысловато-символические рисунки («ах, это просто написала вместо зубов»). В кратком патопсихологическом эксперименте обнаруживает расплывчатость и резонерскую витиеватость мышления.

---

* См. работу 6.12.

2. Вяло протекающая шизофрения с психастеноподобными расстройствами (психастеноподобная шизофрения) (Пантелеева Г.П., 1965)*

Застенчивость, стеснительность, робость, болезненный самоанализ и другие психастеноподобные свойства несут здесь печать шизофренической расщепленности, вычурности. Больные эти обычно пьянствуют в связи с глубокими, но внешне нередко малозаметными расстройствами настроения и воли. Вообще алкоголизация делает их живее, общительнее, остроумнее. В стремлении к пьянству лежат тут сложные самозащитные механизмы. Например, у замкнутого, стеснительного, малообщительного пациента опьянение порождает «страстное желание человеческого общения», желание звонить по телефону даже едва знакомым людям, встречаться с ними. Оставляя в стороне вопросы лечения, все же следует отметить здесь, что врачу важно позаботиться не только о том, чтобы такой больной остановился в пьянстве, но какими-то не алкогольными психотерапевтически-лекарственными средствами смягчать, разрушать его отгороженность от мира людей, стимулировать общительность, дабы этим заменить алкоголизацию. Алкогольная «защита», как правило, глубоко несовершенна, превращается через несколько дней пьянства в свою противоположность: чрезмерная общительность с «винными подкреплениями» нередко трансформируется в самообвинение, «остервенелое питие, лишь бы уйти от себя», в «желание сдохнуть от пьянства или хотя бы сердце прихватило, язва желудка открылась».

Больной М., 38 лет, врач-невропатолог — научный сотрудник. Несколько застенчив, угнетен и в то же время вяловат, монотонен. Нет живого участия в беседе. Тусклый, «деревянный» взор. Лицо ниже лба гипомимично, но лоб постоянно морщит. Наполнен сложными переживаниями и раздумьями о бесцельности жизни, о способности человека «управлять своим развитием» («Всегда ли правильно выбирает он (человек — *М. Б.*) нужный вариант на узловых пунктах жизненного пути? Иногда он подобен собаке, яростно грызущей цепь. Собаке кажется, что цепь — главная помеха, главная беда в жизни. Но стоит перегрызть эту цепь — и собака утрачивает свое предназначение. Она свободна, но она как собака не нужна»). Угнетен неприятностями на службе по причине запоев-прогулов, «крахом карьеры»: не хочется работать врачом, охладел к науке, уходит куда-то энергия, беспокоит растерянность перед будущей жизнью. Впрочем, и растерянность эта монотонно-вяловатая. Знания и технические навыки врачевания сохранены, но нет живого аромата жизни, удовлетворения от работы, «все

как-то пожухло, завяло», не хочется общения с людьми. Ощущение бесцельности жизни с напряженностью в душе и в то же время апатией. Постоянный почти анализ, сплетенный из сомнений, с самообвинением, самобичеванием, которые резко усиливаются в похмелье. Указанные душевные расстройства появились лет десять назад после трех-четырехлетнего научно-творческого подъема с углубленным изучением философии и медицины, исследовательским увлечением «логикой и поэтикой секса», после бурного писания стихов, юмористических рассказов и интересного своими раздумьями дневника. «Слонялся» года три с нарастающим чувством бесцельности жизни, защитил в это время диссертацию и начал злоупотреблять спиртными напитками, чтоб оживить себя, сделаться общительнее. Уже лет семь пьянствует с выраженным похмельным абстинентным синдромом, запоями, в которых истязает себя громадным количеством крепких спиртных напитков, чтобы умереть, чтобы все кончилось, чтобы не было в похмелье и в трезвости тягостно стыдно перед замучившейся с ним, преданной ему женой и маленьким ребенком, которым почти не приносит денег из зарплаты. Временами и теперь способен, даже на несколько месяцев, увлечься каким-то делом: изучал лекарственные травы, исследовал эволюционно-приспособительные движения человека во время питья (долго, изучающе подглядывал сбоку за людьми, пившими квас у квасной бочки), написал интересную популярную брошюру по своей специальности. Но все это лишь временные и все-таки не до конца «раскованные» душевные оживления. Запой продолжается около недели, 1—3 запоя в месяц. В запое не живет дома, скитается по пьющим приятелям. Не может толком объяснить, как начинается запой. Отмечает, что нет ни влечения к спиртному, ни внутренней борьбы («выпить — не выпить»), как-то само по себе все происходит. Однако коллеги заметили, что за два дня до запоя он особенно угнетен, «какой-то потухший внутри». В запое теряет присущие ему с детства робость, застенчивость, малообщительность, но вместе с ними и способность к сложному анализированию. Поначалу смешит людей своей милой живостью, забавными историями, звонит по телефону приятелям, радуется приливу энергии, но вскоре делается сердит на себя и «глуп как баран». Иногда в семейном кругу пьет с удовольствием в небольших количествах слабое вино, нисколько не «тормоша» этим болезненного влечения к спиртному. Так, в течение почти месяца пил немного сухого вина за обедом, путешествуя с женой на теплоходе по Волге, при этом думал: «Вот бы всегда так пить понемногу и с эстетическим удо-

вольствием». Не удается обнаружить каких-либо явственных алкогольных изменений личности при заметной алкогольно-соматической «потрепанности» с мешками под глазами и проч. Несколько жаргонных слов («винцо», «пивко»), как и слабое оживление в разговоре о выпивке, окрашены вяловатой застенчивостью. Стеснителен, мил и лирически тонок в своей монотонности, вялости и душевной разлаженности.

3. Безбредово-ипохондрическая шизофрения (вяло протекающая шизофрения с ипохондрическими проявлениями) (Консторум С.И., Окунева Э.Г., Барзак С.Ю., 1935)*.

Здесь в клинической картине на первый план выступают сенестопатические, альгические и вегетативные расстройства (сердцебиения, колебания АД, подъем температуры, тремор и т. д.), сопровождающиеся страхом смерти, безбредово-ипохондрической фиксацией на необычных ощущениях. Все это может звучать, особенно поначалу, острыми состояниями, которые через месяцы или годы как бы «расплываются», и указанная симптоматика звучит уже приглушенно, но постоянно, тягостно для больного, охваченного неуверенностью, боязнью возможного ухудшения, смертельного исхода. В сущности, это есть вариант скрытой эндогенной субдепрессии, дающий себя знать прежде всего соматоподобными и неврозоподобными (вегетативно-аффективными) расстройствами.

В тех случаях, когда процесс протекает относительно мягко — с подъемами и спадами настроения, эндогенно-астенической и деперсонализационной симптоматикой, известной подвижностью сенестопатических, вегетативных расстройств, — больные нередко начинают пьянствовать, чтоб повеселеть, заглушить тягостные ощущения, неуверенность, тревожные опасения. Хронический алкоголизм развивается при этом довольно быстро, но при возникновении острых вегетативно-сенестопатических состояний с катастрофальным страхом (особенно если они провоцируются выпивкой), больные нередко бесповоротно расстаются с алкоголем.

Больной И., 38 лет, старший инженер. Вяловат и гипомимичен. Без живого участия в беседе. Жалуется на «ощущение уходящей энергии» («мотор не работает»), на физическую и умственную утомляемость, тягостные «приступы», возникающие от нескольких раз в день до нескольких раз в месяц. «Приступ» как бы включается каким-то щелчком в голове. Затем находит пелена, все как-то расплывчато, видится сквозь дымку и тут же начинается сердцебиение,

* См. работу 5.6.

внутренняя дрожь, выступает испарина, тепловые волны ходят по всему телу, как бы включается внутренний испуг чего-то фатально неизбежного, катастрофического, что должно с ним случиться. Возникает в это время слабость, не обычная тем, что мышцы-то хорошо напрягаются, но теряется как будто координация, не удается, например, совместить винтом двух деталей. Описанное состояние через полчаса обычно проходит, «как бы включается второе дыхание», остается на несколько дней разбитость с бессонницей. Между «приступами» отмечается «средняя» неотчетливость в голове, вялость, усталость, несильная напряженность души и мышц вместе с апатией. Все видит, как сквозь туман, будто бы чистый воздух дрожит, приходится сильно напрягаться, чтобы увидеть предметы резко. Ощущение постоянной вибрации в теле. Только несколько дней в году чувствует себя здоровым, но и то с непреходящим опасением, что снова станет плохо. Считает, что за время болезни исчез живой интерес к жизни, все больше между «приступами» вялости, апатии и к самим «приступам» стал относиться спокойнее.

Еще в детстве отмечались неожиданные смены настроения: то весел и чрезмерно общителен, то замкнут, угнетен. В юности, также непонятно для него самого, пессимизм сменялся оптимистическим настроением с бурной деятельностью. В пессимистическом настроении стал пьянствовать. С 28 лет выраженный похмельный абстинентный синдром с вестибулярными расстройствами, запои по несколько дней. В аспирантуре в период оптимистического творческого подъема за четыре месяца написал сложную диссертацию, удивив своего научного руководителя. После неожиданной смерти научного руководителя настроение упало, снова думал о бренности жизни и, ощущая тягостную пустоту в душе, пьянствовал с утра до вечера, не прикасаясь к делам, в течение года. Потом вынужден был обстоятельствами написать срочно еще одну диссертацию и защитил ее, но все эти годы продолжал пьянствовать, пока в 36 лет после обильных новогодних выпивок не возник первый «приступ», страшный своей новизной и остротой — с горячими волнами в теле, онемением рук, окаменением и вытянутостью пальцев, «живот как бы врос в позвоночник», острое чувство беспомощности, непоправимой катастрофы, АД 140/120. С тех пор спиртного не пьет. Два года лечился без успеха у терапевтов (колебания АД) с диагнозом «гипертоническая болезнь», который потом был снят.

Возможно развитие хронического алкоголизма и на почве других вариантов вялотекущей шизофрении.

4. *Вяло протекающая шизофрения с навязчивыми расстройствами* (Консторум С.И., Барзак С.Ю., Окунева Э.Г., 1936; Наджаров Р.А., 1955). Одни из этих больных — с навязчивостями преимущественно фобической структуры — похожи внешне на пациентов с неврозом навязчивых страхов (фобический невроз). Другие, с обсессиями, или ананказмами*, — на ананкастических психопатов. Имеется ряд надежных дифференциально-диагностических признаков шизофренической навязчивости. Так, шизофреническая фобия отличается от невротической прежде всего отсутствием отчетливой, строгой зависимости возникновения навязчивого страха от определенной ситуации, которой этот страх «навязывается». Больной шизофренией, например, жалуется, подобно невротику, что страх возникает у него в открытом, безлюдном месте и проходит, если появляется рядом человек, на которого можно опереться в случае чего. Но вдруг мы узнаем, что этот больной в то же время может спокойно гулять по лесу, не встречая людей, и что страх иногда вселяется в него даже дома среди близких. Невротик с агорафобией, конечно, боится любого безлюдного места, а среди людей, в которых он уверен, что в беде не бросят, страх практически не возникает. Еще один дифференциально-диагностический признак состоит в том, что если навязчивость, как замечают Консторум, Барзак, Окунева (1936), имеет ноту своеобразного физического ощущения (например, страх стекла с чувством, будто обсыпан осколками, неприятное, навязчивое ощущение, будто сыпятся брови, выпадают зубы и т. п.), то это обычно эндогенно-процессуальная навязчивость.

5. *Вяло протекающая шизофрения с истерическими проявлениями* (Урштейн М., 1922; Мелехов Д.Е., Шубина С.А., Резник Р.И., 1936; Наджаров Р.А., 1955). Истерические, точнее истероподобные, гиперкинезы (припадок, кашель, икота, «трясучка» и т. д.), параличи, расстройства чувствительности, фантазирование и театрально-эгоцентрическое поведение составляют здесь фасад, за которым вяло течет шизофренический процесс. Заподозрить в истерическом (истероидном) шизофреническую структуру следует, например, в тех случаях, когда отмечается здесь блеклость, мато-

* Обсессия (ананказм), в отличие от фобии, не «навязывается» пациенту пассивной определенной фобической ситуацией (например, при клаустрофобии закрытое помещение, из которого невозможно при первом желании выбраться, — вагон метро, самолет и т. п.), а мучает сама по себе, изнутри, спонтанно с попыткой устранения этого страха различными активными действиями (навязчивый страх загрязнения с многократным мытьем рук, страх переступать черту на полу и т. п.).



вость или чрезмерная живость, моносимптомность и «скучная» стереотипность (например, монотонно-блеклое покашливание), малодоступность этих расстройств психотерапии.

6. Паранойяльная шизофрения (Соцевич Г.Н., 1955; Смулевич А.Б., 1972; Дружинина Т.А., 1970). В этих случаях вялотекущий процесс психопатологически сказывается прежде всего формированием «сверхценного бреда» (К. Бирнбаум) преследования, ревности, реформаторства, ипохондрического или сутяжного содержания. Этот бред поначалу аффективно насыщен, лишен явных нелепостей, и, на первый взгляд, до знакомства с объективными сведениями о больном, как будто бы и не бред, а живая, хотя и с переоценкой, озабоченность напряженного человека реальными событиями. Это бред, которому хочется верить; смущает лишь излишнее застревание на подробностях в рассказе больного при отсутствии эпилептоидной или психопатически-паранояльной (по Ганнушкину) характерологической структуры, впечатление внутренней «милой» беспомощности среди агрессивных и реформаторских тенденций. Эти болезненные состояния редко осложняются хроническим алкоголизмом.

Во многих случаях насторожиться в плане шизофренического процесса весьма помогают рисунки больных, изображающие их настроение, переживания. В рисунках больных шизофренией часто отмечается вычурная символика, отсутствуют грубые «ароматы» пьянства, магазины, нагромождения бутылок, рюмок и т. п. Нередко невозможно «вчувствоваться» в расщепленные шизофренические изображения.

6.12. Психастеноподобный вариант шизофрении, осложненной алкоголизмом (клиника и психотерапия) (1974) * [12)]

Шизофренически-алкогольный сплав, в том числе и в личностных подробностях, основательно исследовался (Гретер, 1909; Бинсвангер, 1920; Жислин, 1935; Павлова, 1957). Шизофреники-алкоголики встречаются нередко; противоалкогольное лечение таких больных трудно, однако 7 моих больных, обративших на себя внимание своей психастеноподобностью, оказались весьма податливыми психотерапевтическому вмешательству.

Эти больные попали к психиатру, когда к вялотекущему шизофреническому процессу присоединилось пьянство с

* См. работу 6.11.

похмельным абстинентным синдромом, джеллинековской потерей контроля. Рядом с алкогольной обнаружилась психопатологическая картина расщепленной застенчивости, робости, расплывчато-резонерской говорливости с монотонной веселостью и непонятностью поступков. В общении с больными возникало отчетливое впечатление «вяловатой милоты», происходящей, видимо, из инфантильной беспомощности и душевной разлаженности.

Так, сорокалетний инженер-металлург приходил в диспансер с бабушкой и, как ребенок, с ней спорил, что вчера не пил. Безответность, нерешительность, покладистость, доброта, отзывчивость, мягкость, общительность здесь имеют привкус «деревянности», отрешенности, сочетаются с манерным юмором и шизофреническим инакомыслием. Так, жена одного больного, страдавшая сама параноидной шизофренией, отнимала у него (еще до алкоголизма) деньги, и он, научный сотрудник, «чтобы обедать», сделался постоянным платным донором. Это, правда, прельщало его также тем, что «мог гулять с детьми в лишний выходной», и, конечно, «гуманными соображениями». Кстати, этим моим больным свойственны отличная память и способность к языкам. Тот же научный сотрудник изучил самостоятельно 21 язык, в том числе и китайский, хинди, что принесло ему славу в Институте информации. Когда жена выгоняла его из дому, он робко являлся, побитый, под окно к матери со словарями в узелке, но, соскучившись по детям, вскоре возвращался к жене. Или сильно близорукий восемнадцатилетний юноша запоминает за 5 минут таблицу окулиста и потом все отвечает правильно, хотя видит над указкой «одни точки».

Благодаря прекрасной памяти, спокойному, доброжелательному характеру, эти больные довольно легко получают высшее образование, и — непрактичные резонеры, которых надобно все время останавливать в их монотонной говорливости, — удерживаются на посту секретаря, референта, инженера и даже научного работника из-за, главным образом, своей энциклопедичности. Однако, понятно, более всего способны они к переводческой работе. Нередки тут случаи, когда больной с высшим образованием уходит, например, в дорожные рабочие, так как «вдруг полюбил физическую работу на свежем воздухе», и тогда — легко спивается.

Острых психотических явлений в моих наблюдениях не отмечалось, но нередки были выраженные состояния тревожной мнительности (например, страх заразиться от жены шизофренией), навязчивый страх высоты. Несмотря на то что больные не мучались болезненными сомнениями, самоупреками, все же, имея в виду их склонность к подробному

рассуждательству, уместнее, по-видимому, считать их психастеноподобными (не астеноподобными).

Пьянство и возникновение алкоголизма в таких случаях связано, прежде всего, с колебаниями настроения и сложными расстройствами влечений, поскольку даже в расцвете алкоголизма временами избирательно влечет только к пиву или только к сухому вину и т. д., или вдруг полное «нутряное» равнодушие к спиртному в обстановке пьянства.

Лечение антабусом (тетурамом) в подобных случаях противопоказано, так как расписка не имеет юридической ценности. Но личностные особенности больных обусловливают их психотерапевтическую податливость. Элементарных бесед о вреде алкоголя и безопасного препарата под видом тетурама (с распиской) нередко достаточно для того, чтобы держать этих инфантильно-внушаемых пациентов (считающих себя, все как один, алкоголиками) трезвыми недели и месяцы. Так, приняв глютаминовую кислоту (под видом тетурама), один больной сообщил через неделю врачу, что решил тогда сразу «испытать себя», пошел с товарищами в пельменную, и они пили водку, а его к водке не тянуло, только пельмени ел и «в то же время поддерживал оживленную беседу». Через полгода трезвой жизни, принимая таблетки, он во время отпуска на юге все-таки выпил стакан рислинга (товарищи настояли), огорчился, и возникло на целую неделю «постоянное желание успокаивать душу пивом».

Срывы, как правило, возникают тогда, когда нарушен ритм встреч с врачом. «Визиты к врачу, — сказал один больной, — производят внушающее действие. Пропустишь раз и уже забываешь, что алкоголик, и пошло...» Надежнее, однако, учитывая высокую (хотя и мозаичную) внушаемость больных, применять в таких случаях амбулаторно коллективную эмоционально-стрессовую гипнотерапию (по Рожнову, 1971), предполагающую, конечно, непременные индивидуальные беседы. Этих больных можно объединить в одну лечебную группу с астеническими алкоголиками, которые менее других склонны подшучивать над такими «чудаковатыми нюнями». После погружения в сон (или просто успокаивающего расслабления) необходимо, как это следует по методике, вспомнить вместе с больными их прежнюю пьяную жизнь. Мы делаем это примерно так: «Пьянствуя, вы вошли в болезнь, и многое порушилось в вашей жизни. Жуткая была жизнь! Вспомните, сколько горя причинили вы близким людям. Как сами опустились! Но вы решили с алкоголем покончить и, право, лучше поздно, чем никогда. Вы способны исправиться и делать людям добро. Пусть все плохое останется позади. Потому возьмемся за дело. Мы вместе постараемся выработать отвращение к спиртному, чтоб даже думать не

могли о спиртном без отвращения, тошноты. Вы будете добросовестно сейчас вспоминать, как пили вино, водку, а я напомню подробности вашей прежней жуткой жизни и подкреплю ваше отвращение, тошноту струйкой спиртного в рот. Вам будет трудно, неприятно, но необходимо помучиться ради будущей светлой жизни». Врач может говорить громко или тихо, может вдруг прикрикнуть, надавить больному слегка на живот, чтоб открыть рвоту, но в тоне его и движениях непременно должна содержаться искренняя, сердечная заинтересованность судьбой больного, человеческая жалость к нему, соединенная с железной твердостью («необходимо помучиться!») Это та серьезная обстановка спасения утопающего (Рожнов, 1971), когда тонущего крепко и потому больно держишь на расстоянии вытянутой руки за волосы, и он должен понять, что это — необходимая боль во имя спасения, что спасающий не должен сейчас близко подпустить его к себе, обхватить, разрешить за себя держаться. Тошнотно-рвотная реакция на вкус, запах, вид спиртного, на одно даже представление о выпивке вырабатывается здесь быстро, за 2—3 сеанса (благодаря высокой внушаемости больных, нередко обостренному рвотному рефлексу и подкреплению 96° спиртом-ректификатом). Таких больных следует лечить всю их жизнь, хотя через полгода-год амбулаторного систематического, еженедельного гипнотического лечения возможно уже повторять стресс лишь 2—3 раза в год. Эта, в своей основе условно-рефлекторная, психотерапевтическая методика внутренней человечностью, думается, стоит много выше некоторых изощренных современных бихевиористических лечебных приемов, где тошнотно-рвотная реакция вызывается (по Канторовичу) ударами электрического тока, которые врач кнопкой направляет в пациента, сидящего в специальной кабине со стаканом спиртного (Блейк — Blake, 1965).

Весьма хорошо, кроме всего прочего, для пользы дела сдруживать психастеноподобных шизофреников-алкоголиков, например, с астеническими алкоголиками в малые (двух-, трехсемейные) противоалкогольные общества, чтобы они в стороне от «пьющих» на досуге, в праздники и воскресенья, могли развлекаться без спиртного.

6.13. Мое противоалкогольное амбулаторное внушение в гипнотическом сне (в группе и наедине) (1986) [39)]

Привожу здесь в общих чертах содержание амбулаторной «гипнотической песни» — краткое, сгущенное перечисление основных положений, которые развиваются в индивидуаль-

ных и групповых беседах с больными для выработки трезвеннической установки.

«Пусть, пусть звучит в душе справедливая гордость. Живу трезво, совершенно трезво, с убежденностью, что не выпью никогда, нисколько спиртного. Только в этом, в абсолютной трезвости навсегда — спасение мое, иначе — конец. Достаточно смазать заржавевшие похмельные механизмы каплей спиртного, как они снова пагубно заработают — и еще пуще, разрушительнее. Либо жить совершенно трезво, трезвыми радостями и заботами, либо — погибать. Третьего — нет. Это уже не жизнь, когда человеку все равно, что будет с ним, с его делом, с его близкими. Это нравственная гибель, это уже ходячие трупы. Нет, я не дошел (не дошла) до этого слабоумного состояния. Никто не нальет мне насильно спиртного в рот, а сам я (сама я) не выпью. Вот оно — спасение мое. У меня теперь есть будущее. Но всегда помню важное для меня: проклятое влечение к спиртному сидит во мне, примялось побитое, склонило голову свою, уползло в нору свою, но по временам может давать себя знать. Очень важно всегда ясно помнить, как дает себя знать больное влечение, чтобы понимать, что происходят, и знать, как действовать.

Во-первых, больное влечение к спиртному может давать себя знать откровенным желанием выпить, особенно в обстановке хмельного застолья, когда на столе бутылки и предлагают, просят выпить, наливают спиртное в стакан, бокал, рюмку. Вот тогда, случается, засосет под ложечкой, выпить захочется, и уже лезут в голову предательские мысли: а может, попробую, может, получится пить понемногу. Нет, не получится! Ни капли спиртного, никогда! Я же хорошо знаю, что будет, ежели выпью. Будет снова алкогольное болото, и неизвестно, выберусь ли из него в другой раз и с какими потерями выберусь, если выберусь. Нет, не самоубийца я. Никто не нальет мне насильно спиртного в рот, а сам я (сама я) не выпью. Тот, кто протягивает мне спиртное, — это мой самый злой враг. Брови сдвину и покажу решительно, что уговаривать меня бесполезно. А если в душе неуверенность — то бежать, бежать подальше от этого места, где можно выпить, и вспоминать кромешную жуть, трагедию прошлого своего пьянства.

Но проклятое влечение дает себя знать и другими, тайными способами.

Случается, испортится настроение. Как-то кисло, тревожно, тоскливо, муторно на душе. И кажется в это время: а есть ли алкоголизм? и в этом ли дело? Вот тяжко, скверно на душе. Вот истинное страдание, вот отчего избавиться бы! Выпить, что ли, чтоб легче стало? Стоп! Это работает больное влечение к спиртному, это оно переоделось в одежды

тоскливости, это оно таким образом просит-требует своего. Очень важно вот тут схватить его за шиворот: я знаю, это ты, ты меня не проведешь, ни капли не выпью, никогда; в любом скверном настроении смогу отказаться от спиртного, потому что знаю, что именно происходит сейчас со мной. А когда столько знаешь про себя — сорваться непростительно.

А бывает, найдет светлое, радостное настроение. И чувствуется в это время какая-то необыкновенная свежесть. Кажется: вот оно — полнейшее здоровье! Вот теперь смогу пить спиртное понемногу. Раньше, да, не смог (не смогла), а теперь смогу, чувствую, что смогу. И танец легких, беспечных мыслей в голове: ну, подумаешь, чего там, ничего плохого не случится, ежели выпью бокальчик шампанского. Стоп! Это опять больное влечение к спиртному. Это оно переоделось в одежды беспечного легкомыслия, телесной свежести и таким образом просит-требует своего. Ни капли! Никогда! Я знаю, что будет, если пойти на поводу у этой змеи: снова трясучка запоя, больное алкогольное болото и неизвестно, выберусь ли...

А бывает так, что человек, будто механически, невольно, заходит в магазин, покупает вино, наливает потом в стакан, пьет и только после нескольких глотков спохватывается: мне же нельзя спиртного, нисколько, никогда. Это опять работает больное влечение. Это оно устраивает такие бездумные поступки. Но если знать, что такое может случиться, тревожно помнить об этом, этого никогда не случится.

Проклятое влечение живет во мне, и я постоянно должен (должна) следить за собой: не подняло ли оно поганую голову свою. И если приснится сон про бутылки, что пью спиртное и ничего себе, все в порядке — тогда особенно осторожным (осторожной) надо быть: это больное влечение ворочается, показывает подобные сновидения и таким образом просит-требует своего. Нет, не проведет меня болезнь моя. Нисколько спиртного! Никогда! И тогда у меня есть будущее. Будет хорошее в жизни моей. И будут всякие неприятности. Куда же от них денешься. Но и неприятности — по-человечески, с чистой, безалкогольной кровью, без отравленности. И много хорошего будет в жизни моей. Но пусть пребудет во мне благородный страх: а вдруг проведет меня болезнь моя, влечение проклятое? Подумать только — как легко сорваться!.. Пусть этот благородный страх поможет жить в полной трезвости».

6.14. Самовнушение и аутогенная тренировка в лечении алкоголиков (лекция) (1975) [17)]

Врачующий больных алкоголизмом согласится, что «держать» больного совершенно трезвым годы — весьма трудное

и сравнительно редкое дело. Следует, однако, научиться не разочаровываться в своей лечебной силе и в своем пациенте при каждом его возвращении к спиртному. Реальная наша обязанность — трудиться с больным, дабы подольше длились промежутки абсолютной трезвости. Нередко, однако, за безвыходностью, приходится, требуя от пациента полного воздержания от спиртного, мириться все же в душе, например, со «стаканчиком сухого вина», который «пропускается» время от времени. Это возможно, понятно, лишь тогда, когда алкоголик все же способен выпить меньше «критической дозы», открывающей джеллинековскую потерю контроля, когда он боится тяжелого абстинентного похмелья, запоя и, чувствуя, что дело идет к тому, виноватый и жалкий спешит к врачу, обычно сердечно к нему привязанный.

Итак, прежде всего для успеха дела необходимо психотерапевтически «возиться» с больным, т. е. организовать систему поэтапного психотерапевтического воздействия (Рожнов, 1974) в стационаре и затем в амбулатории или только при амбулаторном лечении. В эту систему прежде всего входят регулярные встречи с врачом (подробные беседы, суггестивные, гипносуггестивные и тренировочные сеансы). Встречаться поначалу следует не реже раза в неделю, а через месяцы реже, но не меньше одного раза в 1—2 месяца. Сюда входит работа с родственниками и близкими больного*, живое участие в организации досуга пациента, его микросоциальной среды, может быть, телефонный звонок, поздравительная открытка в праздник, ко дню рожденья и т. д. Все это важно, кроме других моментов, также и для того, чтобы больной постоянно думал о враче как о близком, заинтересованном его судьбой человеке, не хотел разрыва с ним, боялся его огорчить. Понятно, эта высшая сложнейшая психотерапия, опирающаяся не только на известные психотерапевтические приемы, но и на тонкий пограничный клиницизм, человечность и интуицию, возможна лишь в случае искреннего влечения к ней самого врача. Она требует даже не столько времени, сколько энергичной озабоченности больным.

Здесь разберем два близких друг другу психотерапевтических приема, которые органически входят в упомянутую лечебную систему. Это самовнушение и аутогенная тренировка. Обучать больных этим психотерапевтическим приемам, понятно, следует уже в период более или менее стойкого улучшения, т. е. когда больной не испытывает уже серьезной тяги к алкоголю и других абстинентных рас-

---

* Практически ценные замечания по этому поводу см. в работе И.С. Павлова (1974).

стройств, но все это может в любой день вспыхнуть по обстоятельствам даже без прикосновения к спиртному («сухое похмелье»). Чаще самовнушению и аутогенной тренировке обучаем больных в амбулатории. Показаны эти методы в тех случаях, когда пациент серьезно, искренне хочет ими вооружиться для борьбы с соблазнами, спонтанно вспыхнувшей тягой к спиртному, «хандрой» и т. д., когда согласен потрудиться для этого. Но специфика заболевания, например, обычная неспособность больных алкоголизмом к сложным и длительным лечебным занятиям (в отличие от многих невротиков, психастеников, ананкастов и шизофренических пациентов) требует тут в подавляющем большинстве случаев упрощения и ускорения обучения. В то же время, как справедливо замечают В. Люте и И. Шульц (W. Luthe and J. Schultz, 1969, p. 108), алкоголики и наркоманы нуждаются в более индивидуальном подходе и более крепкой поддержке в начале лечения тренировкой, нежели большинство других больных. И тут важен живой врачебный интерес к любому, хоть крошечному, успеху в занятиях.

Самовнушение и аутогенная тренировка могут иметь терапевтический успех у разных личностных вариантов алкоголиков без выраженной деградации. Но у астенических алкоголиков обычно дело идет успешнее, нежели у других, такие пациенты реже всего отсеиваются из лечебных групп.

Самовнушение есть внушение каких-то мыслей, желаний, образов, ощущений, состояний, движений себе самому. Артур Уэйт (Arthur Waite) (цит. по Eden and Cedar Paul, 1922, p. 7) рассказывает, как Д. Брэд (J. Braid) в 1844 г., страдая сильными приступами ревматизма, промучившись три бессонные ночи, сам мысленно усыпил себя в присутствии двух товарищей и через 9 минут был разбужен без болей. У нас впервые врачебно-терапевтически применил и описал самовнушение, видимо, В.М. Бехтерев (1890). Современные лечебные приемы самовнушения создал в начале нашего века французский сельский аптекарь Эмиль Куэ (Emile Coué), прославивший этим себя на весь мир, получивший за это звание профессора honoris causa* (Coué, 1926). Простой, но мудрый прием Куэ, превративший древнее, стихийное самовнушение в классическую лечебную методику, состоит в том, что Куэ, прежде чем дать лечебную, направленную на недуг формулу самовнушения, простыми опытами доказывал больному, что в каждом существует природная сила самовнушения, надо научиться только ею сознательно пользоваться. Один из этих приемов («предварительных опы-

* «Ради почета», без защиты диссертации (*лат.*).

тов») — опыт с маятником. Даем пациенту небольшой груз (например, ключ) на нитке. Пусть он успокоит движение груза, прикоснувшись им к полу, затем осторожно приподнимет его за нитку и станет размеренно повторять про себя: «груз движется вперед-назад, вперед-назад, вперед-назад...». Повторять это про себя или думать, но сознательно рукой не двигать. Или даже просто внутренне настроиться, что груз качается вперед-назад. Если больной добросовестно делает предложенное, то очень скоро, к его удивлению, маятник начинает колебаться вперед-назад, амплитуда увеличивается. Тогда просим повторять про себя: «а теперь — вправо-влево, вправо-влево...» Груз дает круги, затем все отчетливей колеблется вправо-влево. Это есть простейшая демонстрация идеомоторного механизма. Пациенту тут же следует разъяснить, что, конечно же, маятником движет рука, но бессознательно, без участия воли; сложные мышечные движения порождаются мыслями, самовнушением. А если потренироваться, то самовнушением возможно систематически, надежно вызывать не только невольные мышечные движения, но и отвращение к спиртному или душевную свежесть, уверенность в том, что, как бы ни соблазняли, не возьму в руки стакан с водкой. Собственную силу самовнушения пациент «приручает», шлифует, занимаясь с маятником первые месяцы ежедневно, а в дальнейшем еженедельно. Дважды в день, утром и вечером, на приторможенную голову, когда сильнее внушаемость, он «вкладывает» в себя, например, такие слова: «Без спиртного я здоров и счастлив. Ужасно думать о прежнем пьянстве, тошнит. Теперь, когда я поправился, не позволю этой жуткой болезни вернуться, не выпью ни капли спиртного ни при каких обстоятельствах». Слова этой ежедневной в течение, может быть, многих лет формулы надо подобрать вместе с больным, чтоб отвечали его характеру, образованности, проникали «глубоко в душу». Эта формула есть принцип, лозунг его жизни, это душевный фон, на котором, по обстоятельствам, для усиления, должны звучать и другие формулы лечебного самовнушения. Например: «я смогу, смогу твердо отказаться от спиртного, как бы ни приставали», «я смогу пройти мимо, этих людей, ожидающих меня с бутылкой», «отказываюсь, отодвигаю рюмку, не то вернется жуткое, встаю и ухожу отсюда» и т. д.

В стационаре или в амбулатории неплохо повесить для больных крупно написанные правила самовнушения, на-

* Перевод с франц. рижского врача В.Е. Кузнецова.

пример выписки из книги Эмиля Куэ (Coué, 1926), которые предлагаю вниманию читателя*.

Советы Эмиля Куэ, французского целителя (1857–1926)

«Если вы сознательно внушаете себе что-либо, делайте это совсем естественно, совсем просто, с убеждением и особенно *без всякого усилия*. Если бессознательное самовнушение, часто дурного характера, бывает столь успешным, то это оттого, что оно осуществляется без усилий».

«Самовнушение есть инструмент, коим нужно учиться пользоваться, как и всяким другим. Прекрасное ружье в неумелых руках дает плачевный результат, но чем руки становятся опытней, тем легче пули ложатся в яблочко».

«Если некоторые не добиваются удовлетворительного результата с помощью самовнушения, это или потому, что не доверяют себе, или, чаще, потому что совершают усилия. Чтобы добиться результата, совершенно необходимо отсутствие усилий. Ибо они предполагают участие воли, в то время как именно она должна остаться в стороне. Должно прибегать лишь к воображению».

«Живущий с мыслью "я достигну" обязательно достигнет, потому что делает именно то, чтобы достичь. Даже если ему представится единственная возможность, имеющая хоть один волосок, он схватится именно за него. Больше того, он, бессознательно или нет, порождает необходимые события. Вечно сомневающийся же не достигнет ничего. Он может нырять в океане возможностей, снабженных пышной шевелюрой и не увидеть, и не схватить ни одной, в то время как ему для этого стоит протянуть лишь руку. И если он порождает события, то лишь плачевные. Не упрекайте же судьбу, но делайте ее сами».

Приемы самовнушения («самоутверждения»), как известно, являются третьей частью знаменитой триады В.М. Бехтерева после разъяснения о вреде спиртных напитков и гипнотического внушения*. Интересно использует самовнушение в своей методике лечения алкоголиков Н.В. Иванов (1959).

Аутогенная тренировка (аутотренинг) — это один из тренировочных психотерапевтических методов наряду с медицинскими приемами йогов, прогрессирующей релаксацией Э. Джекобсона (E. Jacobson, 1938), кречмеровским двунаправленным стандартным методом, включающим в себя

* См. у С.С. Либиха (1974) некоторые данные об обнаруженном докладе В.М. Бехтерева и В.В. Срезневского «Новый метод коллективного лечения больных хроническим алкоголизмом» (1927).

поступенчатый активный гипноз (Kretschmer E., 1963, s. 383). Все эти приемы содержат в себе в том или ином виде мышечную релаксацию (расслабление), и потому описанное выше лечебное самовнушение, требующее тренировки, но не релаксации, стоит, видимо, на границе между группой суггестивных методик и группой тренировочных приемов, именуемых французскими авторами «методами релаксации» (Ey, Bernard, Brisset, 1967).

Существо аутогенной (самородной, самим пациентом производимой) тренировки заключается в том, что больной «вкладывает» в себя лечебное, направленное на недуг самовнушение не в бодрствующем состоянии, как у Куэ, а в состоянии особой телеснодушевной релаксации, подобной легкому гипнозу, в таком состоянии, когда его вегетатика и непроизвольные процессы вообще (в том числе душевные) гораздо податливее самовнушению, нежели в бодрствующем состоянии. Предложивший аутогенную тренировку* немецкий психиатр Иоганн Шульц* называет это состояние релаксации «переключением», т. е. «пассивно-отдающейся» концентрацией (в отличие от «сознательно активной») на определенных упражнениях-ощущениях, которым нужно «предаться». «Концентрированное саморасслабление аутотренинга имеет смысл точно предписанными упражнениями достигать внутренней расслабленности и переключения всего организма, которое позволяет здоровое укреплять, нездоровое уменьшать или вовсе устранять» (Шульц — Schultz J.H., 1969). Пациент, занимающийся аутотренингом, несомненно, должен усвоить хотя бы элементы анатомии и физиологии, элементы клиники своего болезненного состояния; «пропитанность» всеми этими знаниями-представлениями делает АТ поистине собственным, безотказным, тонко работающим оружием, направленным на нездоровье. Таким образом, АТ включает в себя не только аутосуггестивный и неизбежный при занятиях с врачом гетеросуггестивный моменты, не только близкое гипнозу «концентрированное саморасслабление», но и рациональный (разъяснительно-образовательный, педагогический момент). Таким образом, АТ и для пациента, и для врача сложней простого самовнушения, но зато и сильней.

Я рассказывал уже о применении АТ в клинике пограничных состояний (работа 2.6). Здесь расскажу конкретно о тех несколько упрощенных приемах АТ, которые предпочтительны в работе с больными алкоголизмом.

* Международное обозначение — АТ.
** Первое издание книги «Аутогенная тренировка» вышло в 1932 г.

Больных следует подобрать в лечебную группу АТ (5–7 чел.) главным образом по принципу умственного равенства, иначе в процессе обучения могут начаться насмешки: «тупой», «башка садовая» и т. д.

Первое занятие

На первом занятии нужно ясно рассказать, что такое АТ, зачем она страдающим алкогольным недугом. Пусть даже запишут в тетради. Тут проще и понятней для больных идти от йогов. Что может йог? Может на долгое время прогнать голод и жажду, опустошить голову от мыслей, спать в Тибете на снегу без одежды, так расширив свои кожные сосуды, будто одет в горячую, красную, естественную шубу, и т. д.* Что есть все это? Это есть виртуозное владение своими непроизвольными процессами — телесными и душевными. Мы же — хозяева лишь процессов, совершающихся по нашей воле (произволу): ходим, едим, читаем, говорим, носим портфель; но попробуйте повелеть сердцу биться чаще или прогнать вмиг дурное настроение — и не получится. Конечно, я не смогу сделать из вас йогов, но если будете заниматься старательно, то сумеете подчинить себе, насколько это возможно, свои непроизвольные процессы, потому что АТ содержит в себе некоторые ценности из йоги. Итак, план наших занятий таков: научиться прежде всего с помощью специальных упражнений (их шесть, и на отработку каждого уйдет по неделе) в определенной позе погружаться в такое особое состояние расслабленности, в котором наши непроизвольные процессы гораздо больше податливы самовнушению, чем в бодрствующем состоянии. Затем, когда научитесь погружаться в это состояние достаточно легко и быстро, подберем с каждым на чаще всего случающиеся неприятные ситуации в его жизни специальные «спасительные» слова или образы, которые помогут сбросить «хандру», усталость, смягчить или убрать вовсе возникшее влечение к спиртному, помогут ре-

---

* Йоговская нирвана, кстати, несомненно, во многих случаях является истинным сомнамбулизмом. Швейцарский писатель Герман Гессе с тонкой, духовной наблюдательностью изображает йога в таком состоянии. Йог сидел на земле «очень прямо и неподвижно». Руки «покоились между скрещенных ног, а из-под седых волос и широкого лба на землю смотрели спокойные невидящие глаза, хотя и открытые, но обращенные только вовнутрь». И «птичий гомон вокруг, и крики обезьян в глубине леса, и мохнатая лесная пчелка, севшая аскету на лицо», — «все это не имело отношения к святому мужу: дождь не мог бы охладить его и досадить ему, огонь не мог его обжечь, весь окружающий мир для него лишь поверхность, лишенная всякого значения» (Гессе Г. Игра в бисер. М.: Худож. лит., 1969. С. 501–502).

шительно уйти от прежних собутыльников, соблазняющих «стаканом» и т. д.

Во всем этом, конечно, должен звучать важный мотив психотерапевтической работы с алкоголиками: я не упрекаю вас теперь за ваше пьяное прошлое и никому не позволю упрекать, раз вы лечитесь; наоборот, я горячо приветствую ваше желание вернуться в чистую, здоровую жизнь и сделаю все что могу, чтобы помочь вам. «В этом смысле, — пишет Рожнов (1974, с. 250), — надо вести соответствующие беседы с родственниками для того, чтобы они создали дома атмосферу доверия к начавшемуся лечению, к самому алкоголику и поверили в искренность его намерений, прекратили упреки и укоры за то, что было в прошлом, одним словом, создали дома атмосферу надежды на возрождение, на начало "новой жизни"». Далее больным следует показать позу, в которой они будут тренироваться погружать себя в «переключение». Это известная поза «кучер дрожек»: пациент сидит на стуле, раздвинув колени и положив предплечья на бедра так, чтоб кисти рук свешивались, не касаясь друг друга. Корпус не должен сильно наклоняться вперед, он «висит» на позвоночнике, и спина не касается спинки стула. Все расслаблено, голова брошена на грудь, глаза закрыты, небольшое напряжение только в пояснице (центр тяжести). Конечно, можно тренироваться и в другой «сидячей» позе, но эта поза, стихийно выработавшаяся в старину у дремлющих на козлах кучеров, видимо, самая благодатная для максимального расслабления сидя. Не нужно намеренно активно, прилагая усилия, расслабляться, надобно предаться, отдаться расслаблению, как предаемся в постели сну, не прикладывая усилий, чтоб уснуть. Сквозь весь аутотренинг проходит шульцевское правило *предаваться* ощущениям и упражнениям. Это правило помогают прочувствовать стихи Р. Рильке, которые приводит И. Шульц: «Он должен, уподобясь птицам, что камнем падают из стай, своею тяжестью упиться, покой бескрайний телу дать» (пер. с нем. Е.И. Бурно). Пациент, тренируя позу, представляет себя птицей, камнем падающей вниз из стаи, чтоб, бесконечно расслабившись в этом падении, набраться сил и почти у самой земли снова заработать крыльями, догоняя своих. Таким образом легче прочувствовать, что значит *предаться* расслаблению*. Уже на первом занятии пациенты учатся сидеть в этой позе, повторяя несколько раз про себя: «Я спокоен, я совершенно спокоен». Тут же нужно объяснить, как «выйти» из этой позы, «стряхнуть» ее с себя

* См. о характерных реакцях психастеников на эти стихи — 2.7.

вместе со всей расслабленностью, дабы не было потом сонливости, но была свежесть. Проще всего сделать это так: сжав кулаки, три раза согнуть и разогнуть руки в локтях, вытянуть их вверх, чтоб почувствовать приятное напряжение мышц всей верхней половины тела, глубоко вдохнуть, резко, коротко выдохнуть, в самом конце выдоха открыв одновременно глаза и кулаки. С тем мы и отпускаем пациентов на неделю, потребовав, чтоб за эту неделю самостоятельно отработали позу, т. е. трижды в день, в одно и то же время, тренировались по 5—10 минут. Отработать позу — значит научиться автоматически садиться в нее и выходить из нее в бодрый мир, не думая уже, что когда и как для этого нужно сделать.

Второе занятие

Второе занятие начинается с повторения теории. Особое внимание обратить на то, чтоб каждый пациент отчетливо представлял, зачем ему все это, как, в чем сможет он в будущем помогать себе аутогенной тренировкой. Затем рассказать существо **первого упражнения — вызывание чувства тяжести** и методику. Первое упражнение (всего их шесть) — есть, по существу, самовнушение тяжести в теле. Раздать больным маятники, чтоб ощутили свою способность к самовнушению. Чувство тяжести в теле будем создавать самовнушением постепенно, сейчас попробуем вызвать тяжесть только в одной руке — правой или левой, которой вы пишете, потому что эта рука тоньше, подробнее слушается вас. Садитесь в позу кучера и повторяйте про себя: «Моя правая (левая) рука тяжела». Повторить 6 раз и один раз: «Я совершенно спокоен». При этом ни в коем случае не делать волевых усилий, судорожных нажимов, а то ничего не получится. Предавайтесь просто этим своим словам, как предавались в опыте с маятником словам «вперед-назад». Первые два раза тренинг длится до минуты, потом — пока упражнение пациенту приятно. Врач может несколько раз повторить слова о тяжести среди своих пациентов в позе кучера. Но не злоупотреблять этим, не усиливать гетеросуггестивный момент тренировки, не превращать тренировку в полупассивный сеанс внушения наяву или даже гипнотический сеанс. Останьтесь лишь консультантом для больного. Больному будет трудней, так как главная тяжесть работы ляжет на него самого, но зато потом, в трудную для него минуту застолья он не будет так беспомощен без голоса врача рядом. Продолжая заниматься самостоятельно дома трижды в день, пациенты должны добиться того, чтоб за неделю научиться вызывать чувство тяжести во всем теле, точнее пытаться ощутить его в себе, предаться ему (заключи-

тельная формула первого упражнения: «мои руки, ноги, все тело совершенно тяжелые, я совершенно спокоен»). Понятно, это субъективное чувство тяжести: человек продолжает весить столько же, хотя его рука представляется даже врачу отяжелевшей по причине расслабленности, как кажется отяжелевшим заснувший на руках ребенок. Мне приходилось слышать от безруких пациентов о невыносимой тяжести в несуществующей руке. Если у некоторых больных в группе чувство тяжести в теле недостаточно отчетливое, целесообразно погрузить их один или несколько раз в гипнотический сон, чтобы, запомнив чувство тяжести в гипнозе, внушали себе подобное.

Сама мышечная расслабленность в позе кучера уже дает субъективное чувство тяжести, а усиливая это чувство тяжести самовнушением, мы усиливаем расслабленность. К сожалению, мы вынуждены здесь спешить, сокращая сроки на каждое упражнение вдвое, чтоб поменьше «отсеялось» нетерпеливых пациентов, чтоб по возможности успеть дать всем «спасительные самовнушения» для ряда «опасных» ситуаций. Начинаем же тренировку с вызывания чувства тяжести, так как «опыт гипноза показывает, что быстрее всего наступает и отчетливее всего заметно именно расслабление мускулов» (И. Шульц [Schultz, 1969]).

Третье занятие

Повторить теоретически и практически пройденное. Новое — анатомия и физиология сердечно-сосудистой системы человека. Цветные схемы. Знакомство со вторым упражнением.

Второе упражнение — вызывание чувства тепла — «наслаивается» на первое, т. е. пациент на третьем занятии, ощущая тело тяжелым, «прибавляет» в правую (левую) руку еще и тепло («Мои руки, ноги, все тело совершенно тяжелые, я совершенно спокоен, моя правая (левая) рука тяжелая и теплая»; «я совершенно спокоен» произносится один раз, остальное — 6 раз). Уточню здесь, что формулы самовнушения должны состоять из определенных стандартных слов, которые по душе пациенту и врачу, чтобы слова эти, образно говоря, «падали на одни и те же точки мозга» без импровизаций, мешающих этому проторенному движению. Ощущение тепла — объективно, температура кожи может подняться на несколько градусов, так как кожа принимает в себя треть крови. В течение недели пациент «распространяет» тепло с руки на все тело. Заключительная формула второго упражнения: «Мои руки, ноги, все тело совершенно тяжелые и теплые (6 раз); я совершенно спокоен (1 раз)». Должно образно представлять себе формулы упражнений, как мелодию, картину. «Пациент не должен «думать» по-

нятиями, а должен «посмотреть» внутрь, обратиться к картинам и образам своего внутреннего мира, которые соответствуют формулам упражнений» (Schultz, 1969). Разумеется, основательное расслабление сосудов и изменение кровоснабжения в организме не безобидны при некоторых заболеваниях и особенно при органическом сердечно-сосудистом неблагополучии.

Четвертое занятие

Повторение пройденного.

Третье упражнение — регуляция сердца — также «наслаивается» на предыдущие упражнения, как и все оставшиеся упражнения. В занятиях АТ с алкоголиками обычно не упражняемся в изменении сердечного ритма. Тут важно для погружения в переключение лишь почувствовать удары своего сердца, «прибавить» пассивную сконцентрированность на сердечном ритме к пассивной сконцентрированности на чувстве тяжести и тепла, т. е. предаться ударам сердца. Не всем удается легко научиться чувствовать свое сердце. И. Шульц (Schultz, 1969) предлагает «открыть» для себя удары своего сердца, ощущая пульс в любой другой точке тела, ориентируясь на эту точку (тренируясь так, пациент постепенно начинает ощущать и сердце). Формула третьего упражнения: «Мои руки, ноги, все тело совершенно тяжелые и теплые; сердце бьется спокойно и сильно» (у легко возбудимых — «легко и спокойно») — 6 раз и «я совершенно спокоен» или уже короче — «спокойствие» — 1 раз.

Пятое занятие

После повторения краткое знакомство с дыханием человека, которое и произвольно, и непроизвольно одновременно.

Четвертое упражнение — регуляция дыхания. Задача — пассивно сконцентрироваться на дыхательных движениях, настроиться на них, предаться им, ни в коем случае не «нажимая» на легкие произволом. Никакой дыхательной гимнастики! Если есть чувство тяжести, тепла, мерно бьется сердце, то неизбежно успокоится и дыхание, надобно только настроиться на то, что оно спокойно. Упражнения расположены в указанной последовательности, поскольку в большинстве случаев именно по этим ступеням (тяжесть, тепло, успокоение сердца, дыхания) идет погружение в гипноз. Формула: «Руки, ноги, все тело совершенно тяжелые и теплые; сердце бьется спокойно и сильно; дыхание совсем спокойное» (6 раз) и «спокойствие» (1 раз). Чтобы избежать «неверного преднамеренного дыхания», И. Шульц (Schultz, 1969) советует постепенно превратить эти слова в «Мне дышится».

Шестое занятие

Повторение и знакомство с органами брюшной полости, которые теперь предстоит научиться расслаблять, как мышцы, сосуды и грудь (сердце, дыхание), переключив свое внимание на солнечное сплетение. Цветные схемы, атлас, муляжи. Пациенты должны ясно представлять, что солнечное сплетение, сплетение нервов, по которым идут команды к органам брюшной полости, расположено в забрюшинной клетчатке по бокам от брюшной аорты, книзу от диафрагмы. **Пятое упражнение — регуляция органов брюшной полости.** Задача — проделав прежние 4 упражнения, пассивно сконцентрировать внимание на солнечном сплетении, представляя его себе посередине между пупком и мечевидным отростком грудины, т. е. в верхней половине брюшной полости. Формула: «Руки, ноги, все тело совершенно тяжелые и теплые; сердце бьется спокойно и сильно; дыхание совсем спокойное; в солнечном сплетении разливающееся тепло» (6 раз) и «спокойствие» (1 раз). Предаться этим словам и представлениям. Возникает чувство прогревания и расслабления органов брюшной полости, горячая кожа живота. Не забывать о возможности невольно открыть таким образом язвенное кровотечение в брюшной полости.

Седьмое занятие

Повторение и разговор о кровеносных сосудах головы. И. Шульц (Schultz, 1969) пишет: «Действие успокоительной ванны, служащей моделью для регуляции организма в аутотренинге, усиливается, если положить на лоб прохладный (не холодный) компресс». Беспокойство приливает кровь к голове. При осторожном охлаждении головы суживаются сосуды головы, отливает кровь и усиливается спокойствие.

Шестое упражнение — регуляция сосудов головы. Предаемся ощущению прохлады лба, которая чаще чувствуется прохладным дуновением. Формула: «Руки, ноги, все тело совершенно тяжелые и теплые; сердце бьется спокойно и сильно; дыхание совсем спокойное; в солнечном сплетении разливающееся тепло; лоб приятно прохладен» (впервые про лоб — лишь 2 раза, потом 3–6 раз), «спокойствие» (1 раз). Осторожно! Остерегаться обморока, приступа мигрени и т. п.

Эти 6 упражнений, производящие «переключение», в котором проводится специальное, направленное на недуг самовнушение, есть начальная стадия аутотренинга («низшая ступень», так как есть еще «высшая»). Упражнения сливаются постепенно еще через несколько месяцев тренировки в

«обобщенное упражнение» с формулой: «Спокойствие, тяжесть, тепло, сердце бьется спокойно, дышится, солнечное сплетение теплое, лоб прохладен». Организм способен теперь при внутренней пассивной концентрации внимания, плавно переходящего от одного органа и ощущения к другому, расслабляться («концентрированное саморасслабление»), а при выходе из расслабления свежо напрягаться. Только теперь, через 1,5–2 месяца занятий, когда пациенты научились, хотя и не основательно (по причине «сокращенной программы»), погружаться в «переключение» («концентрированное саморасслабление»), возможно выработать с ними сообразные их болезненным трудностям формулы-самозадания.

АТ несет лечебную пользу больным алкоголизмом несколькими дорогами.

Во-первых, расслабляясь трижды в день или чаще (при надобности), больные чувствуют себя свежее, смягчается раздражительность, они терпимее теперь, например, к «шпилькам» жены, нет той острой обиды по пустякам с желанием «успокоиться бутылкой». Расстроившись же, возможно сесть в позу и привести себя в душевный порядок светлыми, образными воспоминаниями.

Во-вторых, в состоянии «сухого» (и даже обыкновенного) абстинентного похмелья больному теперь легче, погружаясь в «переключение», преодолевать влечение к спиртному, подобно тому, как йоги преодолевают голод. В «переключении» здесь надо предаться образам того, что влечения нет, а есть земляничная поляна детства, любимая песня юности, желание читать ту интересную книгу. Или вспомнить образно прежнюю пьяную жуть: как чуть не убил жену, отнимая деньги, как проснулся в вытрезвителе и т. п. Для этого следует преподать пациентам элементы «высшей ступени» АТ, т. е. умение представлять в красках в «переключении» различные образы, дабы проникнуться их настроением. Цель в том, чтобы этими образами отвлечься от тяги к спиртному и даже «разрушить» новым настроением настрой на выпивку. Здесь речь идет не о глубоком овладении внутренним цветным видением конкретного и абстрактного, завершающимся свободным потоком символических образов, которыми бессознательное отвечает на насущные вопросы личности (психоаналитическая «высшая ступень», аутогенная медитация по И. Шульцу), и даже не об элементах «высшей ступени» в виде системы «моделирования настроения», предложенной современными отечественными авторами (А.Г. Панов, Г.С. Беляев, В.С. Лобзин, И.А. Копылова, 1973). Речь тут, опять в связи с некоторой упрощенностью технических приемов сообразно алкогольному контингенту больных, — лишь о

представлении картин, образов, подобном тому, которому обучает В.Я. Деглин (1973) своих пациентов, страдающих бессонницей, дабы легче им было заснуть с успокаивающими образами убегающих рельсов, покачивающегося купе вагона, журчащего ручья и т. д.

В-третьих, наконец, пациент, овладевший АТ, способен в трудных для себя ситуациях, в борьбе с соблазном, проникнуться каким-либо самозаданием, «формулой-намерением» (И. Шульц — Schultz, 1960; Э. Кречмер — Kretschmer, 1942) и осуществить их. Например: «Буду пить за праздничным столом сок, есть вкусные вещи, веселиться и не выпью ни капли спиртного». Или: «Никому не удастся заставить меня прикоснуться к спиртному». Или: «Смогу решительно пройти мимо этих людей, с которыми пьянствовал раньше, презираю их пьянство» и т. д. Эти «прочувствованные» самовнушения чаще произносятся про себя в бодрствующем состоянии, «на ходу», в самой ситуации, так как у овладевшего АТ дороги лечебного самовнушения (в том числе и к вегетативным органам) проторены и в бодрствовании. Но если в бодрствовании все же трудно с собой справиться, надо найти место (например, скамейку в парке) и, погрузившись в «переключение», осуществить заданное намерение. Важно, кроме такой работы с собой в ситуации, ежедневно, занимаясь АТ в положенные часы, проговаривать про себя в «переключении» эти намерения*. В. Люте и И. Шульц (Luthe, Schultz, 1969) отмечают, что лучшие результаты здесь наблюдаются, когда «формула-намерение» начинается с «Я знаю...» Например: «Я знаю, что уклонюсь даже от капли спиртного в любом виде, в любое время, при любых обстоятельствах, в любой ситуации; другие пусть пьют, но мне нет дела до спиртного».

Таким образом, после **седьмого занятия** еженедельные встречи с этой группой больных продолжаются еще несколько месяцев: работа с «формулами-намерениями», обучение представлению образов и картин, разъяснительные беседы о клинике хронического алкоголизма, особенно о болезненном влечении к спиртному, «сухом похмелье». Одновременно шлифуется погружение в «переключение». Через несколько месяцев эти групповые занятия могут быть уже

* Держать себя в «аутогенной форме» рекомендуется всю жизнь. Пациенты, «вкусив» по-настоящему пользу аутотренинга, чаще не расстаются с ним, как с утренней зарядкой или привычкой чистить зубы. Пациент чаще не хочет терять это чувство «активной выправки характера» (Э. Кречмер — Kretschmer, 1949). «Так же как человек, который научился читать, всю жизнь “должен” читать, когда видит написанные строчки, так и для человека, привыкшего к аутотренингу, расслабленно-свободное состояние становится второй натурой» (Schultz, 1969, s. 10).

более редкими (при непременных параллельных индивидуальных встречах) и все более «загружаются» иными психотерапевтическими моментами (беседы о досуге, о «хобби», чтение вслух, например, романа Джека Лондона «Джон — ячменное зерно» и т. д.).

В последнее время применять АТ в лечении алкоголиков рекомендует у нас целый ряд авторов (В.Л. Зайцев, 1973; А.С. Ромен, Х.Т. Амченцева, В.А. Безруков, 1973; Р.М. Яхъяев, 1973; А.Г. Панов, Г.С. Беляев, В.С. Лобзин, И.А. Копылова, 1973).

В заключение напомню, что самовнушение и АТ — лишь отдельные приемы в системе лечения больных алкоголизмом. Их необходимо сочетать с другими приемами (гипноз, разъяснение, лекарственная терапия и т. д.), их желательно «пропитать» «нетехническими» приемами клинической психотерапии, невозможной без пограничного клиницизма и лечебного склада характера врача.

6.15. Приемы психической саморегуляции в лечении алкоголиков (методические рекомендации) (1979) [26)]

Психическая саморегуляция (ПСР) — это регуляция собственными душевными средствами своего психосоматического состояния. Здесь психическое напряжение смягчается не сигаретой, не транквилизатором, не спиртным напитком, а так сказать, средствами собственной души, например, хотя бы элементарным самовнушением.

Терапевтические и профилактические приемы ПСР приобретают все большее значение в наше время научно-технической гонки, породившей необычным ростом скоростей и информации, удалением от природы в шум и вибрацию современных городов, эмоциональную напряженность в людях.

Различные приемы ПСР ценны для лечения больных алкоголизмом двумя моментами. Во-первых, они смягчают разными способами душевное напряжение алкоголика и спрятанное в нем влечение к спиртному. Это важно, несомненно, и профилактически, когда человек не сделался еще алкоголиком, но научился уже смягчать эмоциональную напряженность спиртными напитками. Во-вторых, некоторые приемы ПСР (самовнушение, аутогенная тренировка) дают возможность пациенту «вкладывать» в себя самовнушения — формулы различного насущного содержания, смягчающие влечение к спиртному и достаточно властно направляющие поведение пациента в трудных алкогольных ситуациях.

О приемах ПСР следует рассказывать всем лечащимся от хронического алкоголизма, но предложить их стоит лишь достаточно сохранным пациентам, которые твердо и искренне хотели бы помочь себе в трудной ситуации и просят научить их этому. Эти пациенты обычно понимают, хорошо усвоили, что патологическое влечение к спиртному не умрет в них в скором времени и будет давать знать себя откровенным желанием выпить спиртного (особенно в обстановке застолья или возле пивного бара с густым запахом пива), душевной напряженностью с подспудным желанием рассеять ее вином, легкомысленными сомнениями («а что, если выпить? вдруг смогу теперь пить понемногу?»), тягостными сновидениями с алкогольным содержанием и т. п. Потому предстоит упорное и долгое сражение с болезненным влечением, а для этого не мешало бы приобрести «личное оружие».

Приступать к занятиям ПСР следует уже после дезинтоксикации, общеукрепляющего лечения, первых индивидуальных и групповых (коллективных) бесед, начавших осуществлять душевную перестройку пациента в отношении абсолютно трезвой будущей жизни и наполненности ее, по возможности, яркими интересами и светлыми переживаниями. Уместно заниматься с пациентами ПСР после или параллельно условнорефлекторной терапии (УРТ), коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии по В.Е. Рожнову. Методики ПСР с саморасслаблением (например, АТ) вообще рекомендуется «выводить» из гипноза, поскольку пациенту, усвоившему, прочувствовавшему гипнотическое расслабление, легче вызывать у себя подобное состояние собственными силами.

Для занятий ПСР больных объединяют обычно в группу (5—7 человек). Занятие продолжается не более получаса.

Рассмотрим здесь некоторые приемы ПСР, притом в несколько упрощенном виде — так, как этого требует повседневная практика психиатра-нарколога, психотерапевта.

1. Самовнушение в бодрствующем состоянии

Как известно, в начале нашего века Эмиль Куэ внес в применявшееся и до него лечебное самовнушение существенный момент сделавший лечебное самовнушение классическим психотерапевтическим методом. Куэ не давал специальной формулы самовнушения, пока не убеждал ученика специальными упражнениями в том, что в нем живет мощная сила самовнушения, которой надобно научиться сознательно пользоваться. Думается, что самые нетрудоемкие и убедительные предварительные упражнений в повседневных занятиях самовнушением с больными алкоголизмом это — известное упражнение с маятником и «кулак».

а) Маятник лучше смастерить тут же при пациентах из нитки длиною в 0,5–1,5 метра и какого-нибудь небольшого предмета (ключ, ластик, ручка и т. п.). Пусть пациенты увидят, что этот нехитрый снаряд можно легко сделать дома. Затем, держа одной рукой нитку маятника, прикоснувшись предметом к полу, чтобы маятник остановился, врач сообщает пациентам, что вот сейчас он будет думать, что маятник колеблется вперед-назад, станет представлять, воображать это движение. Действительно, маятник начинает стройно колебаться вперед-назад. «Конечно же, маятник так колеблется, потому что совершаются движения в моей руке, — следует сказать пациентам, — но дело в том, что эти тонкие мышечные движения моей руки непроизвольны, я не сознательно двигаю рукой, я и не мог бы сознательно двигать рукой так тонко, ритмически-стройно. Я сейчас прочувствованно произношу про себя «вперед-назад», воображая, как маятник движется вперед-назад, и вот, видите, что получается: размах колебаний увеличивается. Выходит, моя мысль, мое представление, мое желание претворяются сами собой в тонкие мышечные движения руки с маятником. Если я сознательно буду двигать рукой, то вон, смотрите, как грубо получается. Теперь сам рукой не двигаю, но думаю: вправо-влево. Видите, маятник топчется на месте, делает круги, а теперь спокойно колеблется вправо-влево. А вот представляю, что он идет по кругу — и он кружится. Получается, как видите, что моя мысль, мое желание, представление, все, что внушаю себе, претворяется, переходит в физическое изменение, в данном случае в мышечное движение. Но можно таким же образом, внушая себе подходящие слова, смягчить, ослабить душевную напряженность, суету и вместе с ней тягу к спиртному».

Каждому пациенту даем маятник — попробовать силу собственного самовнушения. Упражнение это не получается даже в слабом виде только в некоторых случаях серьезного душевного расстройства (шизофренический процесс, органическое слабоумие и т. д.) или же тогда, когда пациент вольно или невольно сопротивляется собственному самовнушению.

б) Упражнение «кулак». В это же занятие, после процедуры с маятником, сжимаем руку в кулак и сообщаем пациентам, что вот если теперь так же прочувствованно думать: «не могу разжать кулак», предаться, отдаться этой мысли, то кулак разжать, действительно, не удается, пока не «отпустишь» эту мысль, это самовнушение восвояси. Это упражнение обычно не сразу получается у всех пациентов, но важно для самостоятельных тренировок дома или в больнице уже

сейчас понять, что для успеха дела следует, как и при упражнении с маятником, не вводить в себя слова самовнушения судорожными нажимами, а предаваться, отдаваться им мягко, без напряжения, как учил создатель аутогенной тренировки Иоганн Шульц.

Пациенты в течение 3—5 дней утром и вечером тренируют самостоятельно свою способность к самовнушению с помощью маятника и упражнения «кулак». Только тогда, когда маятник по воле самовнушения колеблется стройно, ритмично, с достаточным размахом и кулак не разжимается, пока не прекратить самовнушение, — только тогда следует выработать с пациентами специальные формулы самовнушения, направленные на их недуг. Упражнение с маятником и «кулак» следует повторять постоянно, в течение многих лет, хотя бы один раз в один-два дня для того, чтобы держать себя в аутосуггестивной форме.

Специальные формулы самовнушения должны быть составлены вместе с пациентом, чтоб это были понятные ему, не раздражающие его слова, которые он, открыв записную книжку, способен по-настоящему прочувствовать, с которыми возможно глубоко сжиться, поскольку они западают в душу. Потому даются здесь только примеры таких формул.

I. Формулы, направленные на смягчение душевного напряжения, суеты. Напряженность больного алкоголизмом нередко защитно-пагубно разряжается сильной тягой к спиртному или как будто бы неосознанно-бездумной, «механической» выпивкой.

1. «Успокаиваюсь; мягче, светлее на душе; ни капли спиртного, ни в коем случае; я не хочу разрушить то, что с таким трудом приобрел, я не вернусь в адскую жуть пьянства».

2. «Слабеет, рассасывается напряженность и вместе с ней тяга к спиртному; я спокоен и способен жить совершенно трезво».

3. «Уходит, уходит душевная суета; я спокоен; проклятое больное влечение к спиртному, ты меня не проведешь. Я знаю, ты переоделось сейчас в одежды легкомыслия — ничего-де страшного, смогу выпить немного, как все. Нет, не смогу, уже пробовал, хватит».

II. Формулы, которые следует повторять в различных трудных для пациента ситуациях.

1. «Смогу сейчас отказаться от спиртного; людям, которые сейчас идут ко мне, не соблазнить меня, не вернуть в грязь пьянства».

2. «Пусть за праздничным столом пьют спиртное, это не имеет ко мне отношения. Мне спиртного нельзя нисколько, иначе снова душевная помойка, трясучка запоя. Я буду

вкусно есть, пить "Байкал" и веселиться, что выбрался из алкогольной жути. Как хорошо быть здоровым человеком, которого уважают, как хорошо жить по-человечески!».

3. «Я буду слабый слизняк, если выпью сейчас, растоптав надежды близких».

4. «Прочь от запаха пива, прочь! Лучше вспомни-ка, как мучился в запое, как пропил платок своей матери, как дети ужинали у соседки, потому что все тогда пропил. Противно вспоминать, тошнит. Я убедился, что не смогу пить умеренно, я вовсе не буду пить».

III. Наконец, у каждого пациента должна быть своя звучащая в душе, независимо от обстановки, несколько раз в день формула, с помощью которой он держит себя в постоянной готовности противостоять алкогольным соблазнам и упрашиваниям. Пример: «Я избавился от ужаса пьянства и не разрушу достигнутого, никто не сможет заставить меня выпить, пусть только попробуют, я в любой момент смогу отказаться от спиртного и уйти, если станут приставать».

2. Аутогенная тренировка

АТ включает в себя самовнушение, но им не исчерпывается. Существо АТ состоит в том, что тренирующийся под руководством врача научается с помощью специальных упражнений (внушение себе чувства тяжести во всем теле, тепла и т. д.) приводить себя в особое состояние аутогенного погружения («переключения»), близкое гипнозу, в котором вегетативные и душевные непроизвольные процессы особенно податливы уже целенаправленному, лечебному самовнушению. Классический шульцевский метод АТ требует, чтобы тренирующийся отчетливо знал элементы анатомии, физиологии и клиники своего состояния, чтобы представлять, что зачем делает и что при этом в организме происходит с мышцами, сосудами, дыханием и т. д.

Человек, достаточно глубоко освоивший аутогенную тренировку, постоянно, годы, поддерживающий свою аутогенную форму, способен, подобно йогу, «разогреть» ноги, руки, наполнив кровью периферические сосуды, будто только вылез из горячей ванны (и в этих горячих естественных чулках совсем не холодно стоять на каменном полу), способен «выключить» душевное напряжение, заснуть по своей команде и т. д. Все это следует рассказать пациентам в понятной им форме, показывая яркие рисунки мышц, сосудов, нервов, сообщив об анимальной нервной системе, ведающей произвольными движениями, о вегетатике, о том, что болезненное влечение к спиртному обусловлено прежде всего вегетативно-биохимическими расстройствами, на ко-

торые возможно основательно влиять самовнушением, особенно в состоянии аутогенного погружения. Существенное отличие АТ от самовнушения в бодрствующем состоянии — это и есть прежде всего аутогенное погружение: мышечная расслабленность со спокойной мягкой сосредоточенностью на чувстве тяжести, тепла в теле, на ровных ударах сердца, ритмичном дыхании и приятном тепле в животе. Значит, нужно сперва научиться погружаться в это целебное состояние, отличающееся от легкого гипноза внутренней сознательной вегетативно-душевной активностью.

Сравнительно немногие пациенты, особенно среди больных алкоголизмом, способны к занятиям классическим методом АТ. Это вызвало появление множества модификаций АТ, упростивших классическую методику усилением гетеросуггестивного момента, сокративших сроки занятий в несколько раз. Если при классическом методе врач в основном консультант, то здесь пациенты повторяют самовнушения за гипнотическим голосом врача, не вникая особенно в то, что происходит с ними при этом, и тренируются дома, включая магнитофонную ленту с врачебным внушением. Это, конечно, усиливает зависимость пациента от врача и тем труднее больному помочь себе, когда ему плохо вдали от врача и магнитофона.

Итак, в состоянии подобного легкому гипнозу аутогенного погружения (даже неглубокого) несомненно легче подавить, ослабить влечение к спиртному, смягчить душевное напряжение, нежели при внушении в бодрствующем состоянии. В это погружение («переключение») пациент приводит себя шестью стандартными упражнениями, основательно упрощенными для больных алкоголизмом в сравнении с шульцевской методикой*.

1 упражнение — вызывание чувства тяжести. В свободной сидячей позе, с повисшими руками, закрытыми глазами и головой, брошенной на грудь («поза кучера дрожек»), пациент, максимально расслабившись и повторяя про себя «я спокоен, я совершенно спокоен», — предается формуле первого упражнения: «Мои руки, ноги, все тело тяжелые». Если не получается ощутить даже небольшую тяжесть во всем теле сразу, то следует сосредоточиться на ощущении тяжести сперва в правой руке (если пациент правша) или в левой (если левша), а потом пусть уже в самостоятельных занятиях пациент «распространяет» чувство тяжести на все тело. Если больные добро-

---

* Эти 6 стандартных упражнений Шульца (первая, «низшая» ступень) подробнее описаны в работах 2.6 и 6.14. Здесь дается лишь «телеграфное» их описание для повторения.

совестно занимаются 3 раза в день по 5—10 минут, то достаточно 3—7 дней для того, чтобы минимально научиться любому из 6 стандартных упражнений. В конце каждого занятия следует потянуться, несколько раз согнуть и разогнуть руки, глубоко вздохнуть и открыть глаза, сбросив с себя расслабленность.

2 упражнение — вызывание чувства тепла. Это упражнение является продолжением первого. В АТ каждое последующее упражнение невозможно без предыдущего, в отличие от упражнений физической зарядки. Ощущая тяжесть во всем теле, пациенты проникаются формулой второго упражнения: «Мои руки, ноги, все тело совершенно тяжелые и теплые». При этом они представляют себе, как в расслабленных руках, ногах, во всем теле расширяются сосуды, и тело согревается теплой кровью.

3 упражнение — регуляция сердца. Формула его: «Мои руки, ноги, все тело совершенно тяжелые и теплые, сердце бьется спокойно и сильно».

4 упражнение — регуляция дыхания. Формула: «Мои руки, ноги, все тело совершенно тяжелые и теплые; сердце бьется спокойно и сильно; дышится ровно». Если в третьем упражнении пациент, ощущающий во всем своем расслабленном теле тяжесть и тепло, предается мягко и прочувствованно ударам своего сердца, фиксируется на них, то здесь пациент, кроме того, фиксируется и на ровном, спокойном, автоматическом своем дыхании.

5 упражнение — регуляция органов брюшной полости. Здесь, вдобавок ко всему, пациент пассивно концентрирует свое внимание также на солнечном сплетении, расположенном, как он уже знает, над пупком, под кожей. Формула: «Мои руки, ноги, все тело совершенно тяжелые и теплые; сердце бьется спокойно и сильно; дышится ровно; солнечное сплетение излучает тепло».

6 упражнение — регуляция сосудов головы. Это упражнение, вызывающее ощущение прохлады лба, предохраняет от обморока. Формула: «Мои руки, ноги, все тело совершенно тяжелые и теплые; сердце бьется спокойно и сильно, дышится ровно; солнечное сплетение излучает тепло; лоб приятно прохладен».

Указанные шесть упражнений вызывают состояние аутогенного погружения («переключения»), в которое пациент со временем научается входить быстро — даже за несколько секунд. В этом состоянии, когда непроизвольные движения (вегетативные и душевные) особенно нам послушны, пациент предается специальным, направленным на болезненное расстройство формулам самовнушения, которые здесь таковы же, как и при лечении самовнушением в бодрствующем состоянии.



Таким образом, для того, чтобы овладеть «вчерне» даже элементарными, весьма упрощенными приемами АТ, понадобится 3—6 недель добросовестных занятий по 5—10 минут 3 раза в день и 6 получасовых встреч с врачом.

В отличие от самовнушения в бодрствующем состоянии, АТ чревата осложнениями. Главные из них: падение АД в релаксации; сомнамбулизм, спровоцированный самовнушением и саморасслаблением; вызванное разогреванием органов брюшной полости кровотечение из поврежденных (язва) внутренних органов.

Противопоказания к занятиям описанной упрощенной методикой АТ (обусловленные прежде всего указанными осложнениями):

1) гипотонические состояния;

2) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с наклонностью к кровотечению;

3) истерия со склонностью к сомнамбулизму.

3. Лечение общением с природой и красотой

Существует немало простых своей доступностью, но сильных своим действием приемов ПСР, к которым здоровые и нервные люди и в том числе больные алкоголизмом, стихийно прибегают сами для смягчения душевной напряженности. Это прежде всего общение с живой природой, к которой так тянутся особенно городские жители. Самое неприятное душевное напряжение, проникнутое патологическим влечением к спиртному, смягчается, бывает, в лесу среди берез, елок, земляники. Пациентам, почувствовавшим глубокое успокаивающее действие живой природы на свое душевное состояние, следует рекомендовать систематически общаться с живой природой, не только чаще выезжая за город, но и пробуя взять живые существа в свой дом. Общение с котом, псом, цветами, кактусами в горшках нередко действует необыкновенно успокаивающе и освежающе в силу эмоционального, интуитивного общения с той «наивной», спокойной, бестревожной растительной и животной жизнью, из которой мы все вышли. Тут речь идет не просто об отвлекающем действии, например, ухода за· цветами или рыбками, а прежде всего о стимулирующе-поджигающем, освежающем, одухотворяющем воздействии по эмоционально-полубессознательному каналу. Патологическое влечение к спиртному на почве душевной напряженности в некоторых случаях при этом смягчается или снимается за ненадобностью, так как действует иной оживляющий, стимулирующий вяловатую, огрубленную эмоциональность алкоголика раздражитель. Подобным образом воздействуют на многих

пациентов коллекционирование, красивые и старинные вещи (старинная чашка, старинный шкаф), пламя красивой свечи. Все это также успокаивает, эмоционально освежает или невольно целебно на время «уводит душу» в сторону, противоположную современным скоростям и «замотанности». Неожиданно красивая марка, которую пациент купил специально в киоске, наклеивает на почтовый конверт, может ощутимо согревать душу, оживляя лимбические механизмы.

Приемы ПСР приносят настоящую пользу, когда применяются в духе клинической психотерапии, то есть психотерапии, подробно отправляющейся от особенностей клинической картины, личностного склада пациента. Так, занятия классической АТ или достаточно сложными ее модификациями нередко безуспешны у большинства астенических и психастенических пациентов: мешает их нетерпеливость, постоянная наполненность тревожной мнительностью или сомнениями, отсутствие естественности. Здесь зато неплохо помогает элементарное самовнушение в бодрствующем состоянии и беседы об астенических и психастенических достоинствах с опорой на биографии известных, знаменитых психастеников. Упомянутое пламя свечи в тихой комнате и скромный «душевный» кот на коленях без всякой специальной тренировки нередко помогают здесь смягчить душевную напряженность и разобраться в своих конфликтах лучше, нежели «сидение» в позе кучера даже после нескольких лет занятий АТ. В то же время аутогенной тренировкой, как правило, быстро с большой пользой для себя овладевают сангвинические (циклотимические) натуры. Эпитимные (эпилептоидные) и шизотимные (шизоидные) пациенты нередко настойчиво тянутся к коллекционированию, общению с живой природой. У алкоголика с ювенильными свойствами нередко возникают в занятиях АТ истерические осложнения. Всюду тут несомненно важен глубоко индивидуальный лечебный подход.

Индивидуальный подход обусловлен прежде всего собственной, индивидуальной психологической защитой, характерологической структурой. Лечение успешнее тогда, когда врачебное вмешательство сообразуется с этой природной защитой, и в этом смысле замечателен афоризм Пиндара «Мудр только тот, кому давала уроки Природа». Важный момент психологической защиты человека психастенического и астенического склада — защитное эмоциональное онемение, неспособность остро переживать неприятность, горе стресса, с достаточно-критической ясностью мысли (депер-

сонализационный защитный механизм). Защита человека ювенильного или болезненно-истерического склада сказывается прежде всего в сужении сознания с вытеснением из сознания неугодных стрессовых моментов, трансформацией их в различные истерические реакции (припадок, паралич и т. д.). Это сужение сознания может углубиться до сомнамбулического, истеро-психотического с расстройствами восприятия, благодаря которым, например, кукла превращается в руках несчастной, потерявшей ребенка, в ее ребенка, и женщина, в силу сужения сознания, не вполне отдает себе отчет в том, что это не так, лаская куклу. Индивидуальная структура психологической защиты «раскрепощается», освобождается, стимулируется при гипнотизации. Потому больной истерией при гипнотизации впадает в суженность сознания вплоть до сформированного сомнамбулизма, а психастенический пациент — в защитную деперсонализацию. Аутогенное погружение («переключение») близко к самогипнозу, отличаясь от него внутренней активностью. От «переключения» до гипноза полшага, и потому, например, больная истерией, занимаясь АТ, нередко впадает в сомнамбулизм или возникает у нее истерический паралич, икота и т. п. Дело врача и состоит в том, чтобы, прислушавшись к природной самозащите организма, помочь ему разумнее защищаться от болезнетворного начала. Психастеник, будучи по природе своего характера нетерпеливым и раздумчивым, сплошь и рядом не может отделаться от губительных размышлений, сомнений и отвлекающих внешних моментов в занятиях АТ, ему гораздо легче отрешиться от всего этого, сосредоточившись на гипнотическом голосе врача. Человек сангвинического (циклотимического) склада, от природы склонный смягчать свое душевное напряжение пластично-выразительной мышечной жестикуляцией или релаксацией, легко обычно сосредоточивающийся и на собственных ощущениях, хорошо осваивает аутогенную тренировку. Многие шизофренические и шизоидные пациенты, в силу защитной отрешенности, аутистичности, сюрреалистичности, находят свое облегчение в символически-духовном, сюрреалистическом общении с природой, эстетическими ценностями, пытаясь смягчить таким образом собственную душевную напряженность.

То же самое отмечается и в работе с больными алкоголизмом. Сегодня истинно врачебный диагноз хронического алкоголизма должен учитывать, на какой личностной почве возникли алкогольные расстройства, что сохранилось от данного личностного варианта (преморбидно-здорового, психопатического, шизофренического и т. д.) — для того,

чтобы уже в самой формулировке диагноза звучало необходимое здесь указание на определенный лечебно-индивидуальный подход к больному.

В заключение стоит подчеркнуть, что, конечно же, нельзя ограничиваться в лечении больного алкоголизмом приемами психической саморегуляции. Приемы эти должны умело вплетаться в сложный ансамбль психотерапевтически-медикаментозного воздействия, сердцем которого является достаточно глубокий душевно-клинический контакт с пациентом.

6.16. Антиалкогольный клуб (методические рекомендации) (1982) [33)]

Антиалкогольный клуб есть насущный, необходимый момент амбулаторного лечения больных алкоголизмом. Необходимый потому, что больной алкоголизмом уже никогда не сможет пить спиртное понемногу, умеренно, и он не должен делать иллюзий на этот счет. Болезненные же расстройства время от времени многие годы выказывают себя и аффективными колебаниями (чаще в виде раздражительности, вялости, «скисания», угрюмой напряженности), и откровенным желанием выпить. Трезво живущий больной алкоголизмом несколько выпадает (порой с тягостным чувством) из обычной жизни людей с праздничными застольями, «питейными обычаями» (с нередкой еще настороженностью, неприветливостью или жалостью к тому, кто не пьет спиртного вовсе). Это привносит в спонтанные аффективные расстройства больного алкоголизмом новые психогенные сложности, порождает внутреннее, «глухое» отчаяние, обостряет влечение к спиртному, приводит к срывам и рецидивам — особенно когда человек не наполнен достаточно глубокими трезвыми жизненными интересами, живым, разряжающим и просветляющим душу общением с людьми с безопасностью в отношении алкогольных соблазнов. Антиалкогольный клуб и есть насущный способ обеспечить больному алкоголизмом прежде всего систематическое душевное пристанище вне дома (хотя и часто вместе со своими близкими), возможность дружески общаться с людьми, веселиться, погружаться в интересные дела, отбросив обычную (как это случается в обычных компаниях) внутреннюю, часто тревожную готовность защищаться от приглашений к выпивке и собственных гнетущих соблазнов.

Таким образом, ***антиалкогольный клуб*** есть амбулаторный психотерапевтический прием, состоящий в том, что психиатр-нарколог и его медсестра организуют из части своих

пациентов дружный коллектив, объединенный желанием жить совершенно трезво, с которым работают систематически, годы, дабы помочь «бывшим» больным алкоголизмом научиться веселиться, «отводить душу» без спиртного, помочь наполниться различными трезвыми интересами, благотворными переживаниями, прочувствованными знаниями о своем состоянии, об алкоголизме вообще, заботами друг о друге (в том числе по части спасения «споткнувшегося», предупреждения срыва у товарища и т. п.). Само собой разумеется, что члены клуба встречаются дружески и за стенами диспансера или какого-то другого учреждения, в котором собирается клуб (домашние, семейные праздники, рыбалка, в лес за грибами, театры, музеи, поездки в отпуск вместе и т. п.).

В структуре этого особого психотерапевтического приема сплетаются прежде всего ***эмоционально-стрессовый*** и ***коллективный*** психотерапевтические принципы. Коллективный принцип заключается в том, что члены клуба целебно помогают друг другу под руководством врача, и складывается дружный коллектив, объединенный идеей трезвенничества. Эмоционально-стрессовое воздействие в широком смысле (в духе концепции эмоционально-стрессовой психотерапии Рожнова) состоит в том, что сами отношения (взаимодействие) между врачом, медсестрой и членами клуба, и отношения членов клуба между собой несут в себе свет эмоционально-стрессового душевного подъема. И в этой обстановке различными способами, сообразными индивидуальности членов клуба, пациенты приводятся в эмоционально-стрессовое (адаптационно-целебное по своему существу) состояние достаточно стойкой душевной увлеченности, ради которого, во имя которого и следует жить совершенно трезво, то есть здорово, всю оставшуюся жизнь.

Сейчас в нашей стране уже так много антиалкогольных клубов, что трудно их сосчитать. Клубы эти входят в повседневную работу амбулаторного психиатра-нарколога, облегчая ее и делая по-современному квалифицированной. Но первый антиалкогольный клуб был создан в 1967 г. в Риге по инициативе главного психиатра Латвийской ССР Зузанны Григорьевны Сочневой, и первым врачом-руководителем этого клуба был Александр Михайлович Фалькенштейн. Знаменитый клуб «Анти-Вакх» (Тарту, Эстонская ССР) был основан в 1969 году.

Близки к антиалкогольным клубам так называемые «устойчивые психотерапевтические коллективы больных алкоголизмом» (Энтин, Гребенников, Новак, 1976). Однако существенное отличие истинных антиалкогольных клубов состоит прежде всего в эмоционально-стрессовой оживляю-

щей, одухотворяющей праздничности клубных вечеров с красивым застольем, задушевностью бесед в уютной обстановке со свечами, камином, тихой танцевальной музыкой и непременным творческим самовыражением членов клуба, целебным по своей сути. Здесь нет «контрольных комиссий» и «комиссий коллективного обсуждения», здесь все как одна семья и, конечно, без медицинских халатов. Потому и уместнее здесь уютное слово «клуб». Это живое дело, эта область психотерапевтического научного искусства требуют для точности изложения, даже в методических рекомендациях, своего живого языка, дабы точнее донести до читателя главное — дух, аромат несколько необычного, но необходимого сегодня врачебного воздействия.

Настоящие методические рекомендации составлены по собственному опыту работы с кафедрально-диспансерным* клубом «Свеча»**, отметившим 21 марта 1981 г. свое трехлетие, и на основании знакомства с работой других клубов страны.

Каких пациентов приглашать в клуб и сколько в клубе народу

Я за то, чтоб в одном клубе было не более 20—25 человек, трезво учитывая, что несколько человек из такого количества почти всякий раз не приходят по разным уважительным причинам (отпуск, болезнь и т. д.). Чем больше членов клуба, тем больше групп, на которые стихийно внутри себя делится клуб, и тем труднее врачу и медсестре направлять по временам клубный вечер по какой-то одной дороге (например, важное для всех обсуждение художественного рассказа и т. п.), тем труднее охватывать вниманием, психотерапевтическим воздействием всех пациентов. Когда членов клуба за 25, просто не получается «семейный стол» (один длинный стол или несколько придвинутых друг к другу столиков по одной линии, кругом, полукругом). Просветляют, возвышают душу красота и уют, а уют может быть только камерным. Да и труднее членам клуба усмотреть в многолюдьи, кого нет сегодня, кому следует позвонить и т. д.

---

* Амбулатория (в том числе и наркологическая) кафедры психотерапии ЦИУврачей расположена на базе Московского психоневрологического диспансера № 20. Следует здесь отметить заботливое, рабочее внимание к клубу главного врача диспансера Г.К. Докучаева. Серьезно участвовал в создании и в работе клуба и врач диспансера И.В. Савельев, организовавший сейчас там же свой, второй самостоятельный клуб.

** Это название предложил профессор В.Е. Рожнов на одном из первых клубных вечеров, глядя на горевшую перед собой свечу.

Исходя из эмоционально-стрессового принципа психотерапии, ведущего для нас здесь, считаю, что в клубе должны быть вместе и мужчины, и женщины. Это подтягивает, тонизирует, оживляет всех членов клуба, призывает к красивой одежде, изгоняет, как убедился, из атмосферы вечера грубости и пошлости. Важно, чтобы ядро клуба составляли личностно сохранные пациенты, достаточно живо увлеченные своими, интересными для всех делами. Это чаще сангвинические (синтонные) натуры. Понятно, не следует брать в клуб слабоумных больных, сексуально распущенных мужчин и женщин. Но пациенты лишь с моментами алкогольной деградации, особенно если в них проглядывает стеничный эпитимный (эпилептоидный) преморбид, за многие месяцы жизни в клубе светлеют личностно, делаются порой замечательными помощниками врача, медсестры в работе с сорвавшимися пациентами, вволакивая их на своей спине из «вертепов», хотя нередко, особенно женщины, сердятся на них за грубоватую строгость, дисциплинарные нотации и ворчливость. Конечно, врач и его медсестра со своими чашками чая в руках, краем глаза поглядывая деликатно на танцующих или тоже танцуя, напряженно работают весь клубный вечер и в том отношении, чтобы по возможности предупредить сложности, могущие возникнуть при общении мужчин и женщин в камерной, уютной обстановке. Для предупреждения возможной ревности жен пациентов следует приглашать их на вечера вместе с мужем. Однако не следует забывать, что имеем дело не с детьми и не с душевнобольными. И, кроме того, как раз дружески-уютная, семейно-поэтическая обстановка, теплые, мягкие отношения с тревожной заботой друг о друге, как убедились, менее всего располагают к каким-то неприятным трудностям по части отношений между мужчинами и женщинами.

Как часто проводятся вечера и сколько времени пациенты лечатся в клубе

Вечера клуба рекомендую устраивать раз в неделю на 2—3 часа и непременно по пятницам, т. е. в самый опасный для «бывших» больных алкоголизмом день накануне выходных, когда более всего приглашений и соблазнов после работы. Хорошо, если клубному вечеру непосредственно предшествует сеанс коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии (по Рожнову), приспособленный для этого часа в том духе, что при всей эмоционально-стрессовой насыщенности психотерапевтическое воздействие доводится до тошноты, но не до рвоты. Еженедельный клубный вечер с гипнотическим эмоционально-стрессовым сеансом и индивидуальные (обычно нечастые) встречи с врачом по надобности, временами на-

значение медикаментозных средств (по необходимости) — в этом вижу существо амбулаторного лечения больных алкоголизмом, которое должно продолжаться годы, практически всю оставшуюся жизнь пациентов. Члены клуба в разное время уезжают отдыхать в отпуск, часто вместе, сдружившись двумя-тремя семьями, нередко в те места, где есть дружественный антиалкогольный клуб, встречающий их, опекающий, помогающий устроиться. Все это чрезвычайно важно для того, чтобы быть в стороне от питейных обычаев и соблазнов. Но сам клуб пусть работает без всяких каникул, перерывов. Врач, уходя в отпуск, оставляет клуб своей медсестре* или другому врачу. Эмоционально-стрессовый гипнотический сеанс и клубный вечер в будущую пятницу должны ежедневно, ежечасно светить напоминающим, спасительным фонарем здоровой, интересной жизни в душе пациента. «Без клуба я бы давно погиб»,— приходится слышать.

Думается, врач может вести одновременно, работая во второй половине дня, 3—4 таких клуба, записывая всех членов клубов в журнал своего приема.

Комната для клуба и обстановка

Обычно клуб располагается в комнатах наркологического или психоневрологического диспансера. Лучше, если эти комнаты (комната) имеют отдельный вход, вообще отделены от общего потока больных, но в то же время важно, чтоб все больные алкоголизмом, обращающиеся в диспансер, знали о клубе и главное, увидели хоть в щель уютную обстановку с красивой чайной посудой, музыкой.

Комната для клуба, конечно, должна быть просторной, а обстановка домашней. Эту обстановку создают картины на стенах, занавески, вазы с цветами, добротные, с веселящими рисунками, чашки, сахарницы, успокаивающее или таинственно завораживающее пламя свечи. Здесь более всего следует бояться угнетающей «казенщины», убогости обстановки — дешевых стаканов, пластмассовых тарелок, походных ложечек и т. п. Многие пациенты впервые учатся здесь жить красиво, общаться с красивыми предметами и затем что-то делают так же и в своем доме.

В комнате должно быть довольно места и для танцевальных перерывов, и для экрана (диафильмы, слайды). Даже если нет сегодня какого-то рассказа со слайдами, а просто вкусно идет чаепитие с общением, хорошо включить слайд с

* В этих случаях возможно, чтоб медсестра перед клубным вечером включала в гипнотарии магнитофонную ленту с гипнотическим сеансом врача.

изображением природы (например, буйной зелени, сочной земляники, когда за окном зима) или слайд-картину художника, в которую можно между делом потихоньку «входить».

В психотерапевтических группах для пограничных неалкогольных пациентов кушанья к душистому чаю чаще скромны, ограничиваются сухариками, печеньями и т. п. Здесь же, как правило, не обходится без обильного разнообразия крупных бутербродов, пирогов и пирожных. Чай обычно заваривается крепко, но вряд ли следует протестовать против тонизирующей вялых пациентов (но не опьяняющей!) крепости чая.

В этой домашней обстановке уже не должно быть врачебных упреков за прошлое. Пусть прошлое сидит глубоко в душе, как кошмарный сон, порождающий благородный страх (вдруг вернусь туда или, сорвавшись, погибну совсем). Но сорваться, в сущности, непростительно, когда так отчетливо знаешь уже, что с тобой произошло и как теперь жить. Если же член клуба все же срывается и обрушиваются на него упреки товарищей, это должно быть также проникнуто домашним духом, заботой — какими бы гневными не были эти упреки. «Казенщина» и стандарт, повторяю, губят здесь дело. Один граненый стакан среди уютных домашних чашек, простыня со штампом лечебного учреждения вместо скатерти, как и скучно-назидательные слова врача, — могут многое тут испортить. При этом серьезном и сильном лечебном воздействии обстановка должна менее всего походить на «медицинскую» в обычном смысле.

Как образуется клуб. Руководитель клуба. Устав

Врачу, решившему создать антиалкогольный клуб, советую пригласить поначалу в пятницу лишь трех-четырех выбранных для клуба пациентов (с семьями или без). Через месяц-полтора, когда клуб начнет уже жить своей жизнью, благодаря возникшим теплым отношениям между его членами, следует приглашать в клуб уже и новых пациентов.

Руководят клубом врач, медицинская психотерапевтическая сестра, староста клуба (председатель, президент — в Прибалтике), хозяйка клуба, секретарь, член клуба, ответственный за программу вечеров, член клуба, ответственный за экскурсии и путешествия. Члены клуба сами выбирают своих ответственных и помогают, подчиняются им. Например, хозяйка клуба поручает по очереди членам клуба купить в магазинах то, что требуется клубу, сама же руководит сервировкой стола и выбором кушаний на каждый вечер.

Каждый клуб вырабатывает вместе с врачом и медсестрой свой устав. Устав следует делать немногословным и без излишних строгостей. Например, вряд ли следует исключать

из клуба сорвавшегося пациента, если он отказывается от больницы или срывается чаще остальных, но держится судорожно за клуб. Просто следует усилить здесь амбулаторное лечение. Нельзя забывать, что антиалкогольный клуб сам по себе есть **лечение, а не награда** за какое-то другое добросовестное лечение.

Помещаю тут несколько важных пунктов устава клуба «Свеча».

1. Члены клуба — это люди, решившие навсегда распрощаться с алкоголем в любых его видах.

2. Члены клуба не называют за стенами клуба фамилий, имен и должностей своих товарищей по клубу без их особого разрешения.

3. Клуб собирается еженедельно по пятницам с 18.00. Тот, кто не может приехать на очередной вечер, предупреждает об этом по телефону секретаря или других товарищей.

4. Испытательный срок новичка — 2 месяца. Члены клуба общим голосованием могут не принять к себе человека, если он по каким-то причинам не нравится клубу.

Содержание вечеров

Главное здесь — всячески оживлять, «растормашивать» алкогольных пациентов с их органической вялостью, сниклостью, по возможности охватить пациентов стойкими интересами, обусловливающими тонус жизни, вследствие чего отбрасывается потребность в алкогольном «костыле». Душевное оживление может быть по временам внешне тихим, скромным. Так, тихонько, «по-семейному», при свечах разговаривают между собой члены клуба за праздничным столом в канун Нового года, и на душе тепло и светло. Понятно, в ткань клубных вечеров руками пациентов, врача, медсестры постоянно вплетаются нити противоалкогольных разговоров, врачебных разъяснений по этому поводу, игровые сценки. То есть клубный вечер дружески, ненавязчиво учит, как конкретно противостоять алкогольным соблазнам, как владеть собой среди выпивающих, переносить житейские неприятности без срывов. Мотив такой: пусть будут неприятности и разочарования (от этого не уйдешь, если живешь на свете), пусть будут радости, но пусть все это станет чистым от спиртного, здоровым. Но пациенту легче жить трезво, защищаясь от приглашений выпить и собственного возникшего желания, когда ему есть во имя чего жить совершенно трезво, когда он наполнен трезвыми душевными интересами и заботами. В сообразовывании клубного эмоционально-стрессового вмешательства в духе увлеченности с клиническими, в частности, аффективными (вообще личностными) особенностями больных алкоголизмом и есть клиницизм психотерапевта-нарколога, руководящего клубом. Опытный нарколог чувствует и знает клинически, как работать в этом духе с астеническими, син-

тонными, шизоидными и другими пациентами. Психологу, «арттерапевту» — не врачу — это часто не под силу. В то же время элементы этого клинического умения могут быть доступны способной психотерапевтической медсестре.

1. Лечебное творчество

Ведущим в эмоционально-стрессовой психотерапии в духе увлеченности считаем лечебное творчество, которое может густо пронизывать клубные вечера, способствуя (пусть относительному) восстановлению органически стертой, увядшей личности, индивидуальности пациентов, зажигая в их душах достаточно стойкий и яркий свет интересов. Творчество следует здесь понимать широко — как ***всяческое выражение, высвечивание, проявление своей душевной особенности.*** Это не только писание стихов и рассказов, художественное фотографирование, но и стремление ***по-своему*** коллекционировать марки или камни, ***по-своему*** сварить суп, ***по-своему*** вырастить огурцы на огороде и т. д. Когда человек совершает что-то ***по-своему***, в духе своей индивидуальности, индивидуальной предрасположенности к какому-то делу, — тогда, как показывает древний и повседневный опыт, этот творящий человек и насыщен вдохновением, составляющим смысл и радость жизни.

Врач и сестра постоянно всюду ищут и предлагают членам клуба все новые возможности творчески чем-то увлечься. Так, по совету В.Е. Рожнова мы познакомились с этой целью с его любимой книгой, вышедшей в Ленинграде еще в 1954 году. Это «Путешествие с домашними растениями» Николая Верзилина. Книга представляет собой интереснейшее, наполненное подробными практическими советами, историческими сведениями и поэтическими отрывками руководство как раз к такого рода творческим занятиям с растениями. Живым языком, заражая своей увлеченностью, автор рассказывает, как вырастить дома из финика пальму, какие чудеса возможно творить с кактусами, как изменить окраску листа бегонии, вырастить деревцо, уничтожающее моль, как получить сладкие винные ягоды на своей комнатной смоковнице. Здесь и о растущих «занавесках», и о домашних папирусах, эвкалиптах, о выращивании карликовых цветущих вишен и сосен в японском духе, о том как сделать фотографию на листьях пеларгонии, о выращивании комнатных огурцов, яблок, о том, как ухаживать за домашним садом, как расположить растения на балконе и на окне.

Важно, чтоб творчество было общественно-полезным хоть в малом, хоть в той душевной пользе, которую приносит рисунок или фотографический пейзаж в рамке на стене

в доме знакомых людей, подаренный кому-то по-своему выращенный кактус. Повседневная творческая напряженность имеет своей основой внешне скромный, но глубинный эмоциональный стресс. Пациент дорожит этим будничным вдохновением, оживляющим его вялость; ему теперь и внутренне-организмически не нужен алкогольный возбудитель. Но еще очень важно для клубной психотерапевтической работы то, что творчество заразительно и связывает, сближает больных в коллективе. «Процесс творчества характерен тем, — пишет В.А. Сухомлинский, — что творец самой своей работой и ее результатами производит огромное влияние на тех, кто находится рядом с ним. Одухотворение и вдохновение одной личности порождает одухотворение и вдохновение других людей. Творчество — это незримые ниточки, соединяющие сердца. Чтобы человек благотворно влиял на человека, утверждайте в духовной жизни коллектива и личности творчество» (Сухомлинский В.А. Методика воспитания коллектива. М.: Просвещение, 1981. С. 87—88).

Терапии творчеством непременно предшествует, открывает ее особый эмоциональный контакт между медиками и пациентами. Существо дела в том, что врач и сестра должны быть интересны членам клуба и как просто живые люди. Для этого необходимо открыть пациентам свою человеческую индивидуальность и испытывать искренний интерес (вкупе с медицинским интересом) к индивидуальности каждого пациента.

Индивидуальность свою врач и сестра раскрывают в клубе через свое творчество, к которому способны. Например, поначалу приносят в клуб свои коллекции, сделанные ими художественные фотографии, слайды. Возникают человеческие эмоциональные отношения в клубе и, одновременно, творчество врача и сестры заражает членов клуба творческими интересами. Начинают приносить предметы своего творчества и члены клуба.

Перечислю здесь конкретные примеры творчества в клубе: писание очерков, рассказов, стихов, живопись, художественная фотография, выпиливание, чеканка, изготовление каких-либо сувениров, творческое выращивание домашних и садовых растений, огородничество, поиски камней, кореньев, отражающих душевные свойства ищущего, разнообразные коллекции, также отражающие индивидуальность коллекционера, особое созвучие его с предметами коллекции, вязание, вышивание, кулинарное искусство и т. д.

Вот для примера мой очерк, чтение которого вслух в клубе возбудило в некоторых пациентах охоту к записыванию виденного, своих размышлений, переживаний.

Старость пса

Я ехал в электричке на работу и в первый раз увидел такого старого пса. Он стоял в проходе вагона, крупный, костлявый, рыжеватый, с громадной головой. Висячие большие уши были такие вялые, будто уже без крови; даже расширенные вены в ушах казались старыми безжизненными тряпками. Неподвижно-обвислую сухую морду пса можно было бы принять за морду собачьего чучела, изъеденную молью, но на двух узких спускающихся вниз дорожках, протоптанных старческими слезами, блестел еще влажный признак жизни. Кроме того, пес пошевелил вдруг длинной задней лапой, тоже сухой и неживой, и стал чесать ею брюхо. Действительно, было такое впечатление, будто брюхо чесалось палкой. Немного почесавшись, он лег, так как трудно уже было стоять. Видно, хозяин, чтоб отделаться от такой старой собаки, втолкнул ее в вагон электрички: пусть, дескать, едет в Москву, там ее как-нибудь употребят. Кто-то сказал, что нечего псу тут в проходе лежать, пусть идет себе в тамбур. Пес с трудом встал и задвигался туда, куда его толкали. У него не осталось уже никакого характера, старость съела характер, как и у совсем дряхлого человека. Не в первый раз уже я тогда удивился, что некоторые люди могут смотреть на беспомощную дряхлость животного и даже человека с такой брезгливостью, будто сами не стареют, а живут совсем по другим, неприродным законам. В тамбуре один человек сказал другому:

— Давай вытолкнем его на остановке.

— Не надо, — вмешался мальчик,— он под поезд попадет.

— Ну и пусть, — сказал человек. — Он уже не жилец, только мучается.

Дряхлое животное и очень старый человек не боятся смерти. Жизнь уже так уменьшилась и высохла в них, что для них отойти от жизни так же естественно, как крепко уставшему человеку, которому уже ничего не интересно, уснуть. Но хозяин не дал своему псу спокойно уснуть в родной конуре, а обидел его перед самой смертью.

Очерк и фотография (слайд) — пожалуй, самые доступные приемы лечения творчеством, с которых легче начинать пациентам, никогда себя в творчестве не пробовавшим. В индивидуальной беседе на клубном же вечере где-нибудь на диване, в стороне от танцующих можно предложить человеку попытаться описать, например, какой-нибудь охотничий случай из его жизни. Важно, слушая в клубе рассказы, очерки и разговоры, споры по поводу них, упреки автору, подчеркивать, что самое важное и ценное — это то, что человек написал *свое*, *по-своему*, как сам видел и чувствовал. В конце концов, не в литературной и не в фотографической

технике главное наше дело, а в том, чтобы возникло в душе желание творить и совершенствоваться в своем творчестве. В некоторых случаях весьма сильные по своему воздействию на членов клуба творческие произведения изображают жуть собственного алкогольного прошлого или печальные пьяные события сегодняшнего дня (описание сценок у винного отдела, фотографии жалких пьяниц и т. д.).

Через творчество члены клуба, врач, сестра глубже узнают друг друга и, значит, глубже друг другом интересуются. Кроме того, здесь, как и в коллективной эмоционально-стрессовой психотерапии неалкогольных пограничных пациентов, — в процессе творчества, раскрепощения, развития своей самобытности, особенности, — человек становится интересным многим другим людям и вне клуба, утверждается чувством, пониманием этого своего совершенствования и полноценности.

2. Лечение общением с природой

Приобщать к природе на клубных вечерах проще всего с помощью слайдов природы. Хорошо бывает спрашивать, глядя на экран, как называются эти цветы, травы, рассказывать о свойствах этих растений или насекомых, объяснять почему они так называются, поскольку знание, например, жизни какого-то дерева, в свою очередь, усиливает к нему интерес. Тут возможны целые доклады о живой природе, о собаках, о камнях, грибах с демонстрацией коллекций, слайдов. Общение с природой уже вне стен клуба (садоводство, совместные поездки на рыбалку, за грибами, в музеи среди природы и т. д.) прекрасно сливается с творчеством (записывание, фотографирование, выведение новых форм цветов, поиски корня, ветки необычной, художественной формы). Некоторые члены клуба, заинтересовавшись рассказами о собаках, посмотрев слайды, покупают щенка, и это, понятно, всячески следует поощрять.

3. Лечение общением с искусством

Здесь речь идет о совместном чтении вслух художественных произведений, рассматривании произведений живописи, скульптуры на слайдах или в альбомах, о слушании музыки. Все это делается для того, чтобы заинтересоваться, «расшевелить душу», найти свое, созвучное тебе в искусстве, научиться не огорчаться тому, что что-то не близко, неинтересно, тогда как другие так этим восторгаются. Со временем пациенты и сами начинают больше читать серьезного и прежде всего то, что им более созвучно, найдя с помощью врача и сестры «своих» писателей. Находят и «своих» художников, приобретают проекторы, коробки слайдов, пластинки уже и для своего домашнего удовольствия.

Врачу и медсестре тут особенно важно клинически понимать, что каждому свое, что больные алкоголизмом в большинстве своем «органически потертые», притупленные, эмоционально-пожухлые личности и глубокие мыслью, душевной тонкостью художественные произведения, которые, например, так нравятся здоровым людям и больным другого рода, например, шизофреническим алкоголикам*, — часто могут не получить здесь отклика.

В общении с искусством, время от времени, лечебно, ненавязчиво высвечиваются моменты, имеющие отношение к прежней больной жизни. Так же как бывает полезно в духе «душевной занозы» среди слайдов дивной лесной природы вдруг поставить слайд, изображающий остатки пьяного «пиршества» (водочные бутылки, консервные банки и т. п.) среди той же прекрасной травяной зелени, земляники,— так же и среди картин художников на готовых, «покупных» слайдах пусть попадаются время от времени напоминающие жуть прежнего алкоголизма (например, «Кабак» А.П. Рябушкина, «Абсент» Э. Дега и т. п.). Среди читаемых вслух в клубе художественных произведений должны также попадаться «тематические» вещи, но пусть они будут нравственно-художественными для серьезного психотерапевтического воздействия, как места из романов Ф.М. Достоевского, Д.С. Мамина-Сибиряка, Джека Лондона, как рассказ А.П. Чехова «Отец» и т. п.

4. Беседы об алкоголизме

Эти беседы возникают и сами собой из вопросов членов клуба врачу, но время от времени, планируя содержание вечеров, следует специально устраивать небольшие беседы о похмелье, о запоях, о белой горячке и т. д. Мощно-целебно действуют на таких беседах живые разговоры уже несколько образованных в этих вопросах членов клуба со слабоумными алкоголиками, корсаковскими больными, алкогольными галлюцинантами.

5. Игровые сценки

Прежде всего, они должны быть посвящены тренировке отказа от спиртного в соблазняющей компании. Для живости лечебной игры можно поставить на стол бутылку от вина с водой и пусть двое-трое уговаривают кого-нибудь выпить. От члена клуба, который играет «соблазняемого», следует требовать решительности в отказе выпить, отработанных строгих ясных слов в адрес «приятелей», решительных крат-

* Больные вялотекущим шизофреническим процессом, осложненным алкоголизмом, обычно неплохо чувствуют себя в антиалкогольном клубе среди алкоголиков.

ких объяснений, которые должны быть уже «записаны» в душе. На все трудные случаи жизни должна быть своя, готовая уже «кассета» отказа.

6. Клуб и стационар

Укрепляюще, утверждающе и на самих членов клуба действуют приезды в стационар на вечера встречи с больными. Приглашать на эти вечера следует прежде всего членов клуба с несколькoлетним уже сроком абсолютно трезвой жизни. Пациенты клуба обычно красиво одеваются, знакомят больных с предметами своего творчества. Приподнято-торжественно, со справедливой гордостью в душе чувствуют они себя на этих вечерах, рассказывая больным в отделении о том, какими «тяжелыми алкоголиками» были когда-то сами и как теперь все иначе, светло, здорово, благодаря лечению, клубу. Рассказывают, как живет клуб, о рыбалке, грибных походах, праздниках. Два момента пусть особенно ясно звучат в этих встречах. Первое — никогда не удастся, не надейтесь, пить понемногу, умеренно, хоть через пятьдесят лет, это все иллюзия, это известно из медицинских исследований, из нашего с вами прежнего опыта. Пытаться больному алкоголизмом пить понемногу — самоубийство, потому что болезнь даже углубляется при возвращении к спиртному после какого-то периода трезвости. Тут уже легко перейти черту, за которой все равно, что будет со мной, с моими близкими, лишь бы быть пьяным, а это смерть. Тот кто поставил себе зарок не пить хоть десять лет — плохо понимает дело и взял совсем не тот, ложный курс в своей жизни. Единственно верный тут настрой — это глубокая убежденность в том, что никогда ни при каких обстоятельствах не выпью спиртного во всю оставшуюся жизнь. И второе, тесно с первым связанное, — жить долго совершенно без спиртного и в то же время в постоянно хорошем настроении с радостью в душе вполне можно, но, это должна быть вот такая живая, интересная жизнь, как у нас в клубе.

7. Разные личностные варианты больных алкоголизмом в клубе

Ядро клуба, как правило, составляют пациенты с сангвиническими (синтонными) и эпилептоидными свойствами. Сангвинические (синтонные) пациенты, при достаточной личностной сохранности, вносят в клуб уют, живой дух радости жизни, с естественной восторженностью берутся за организацию праздников и путешествий. С охотой занимаются они покупкой чашек, слайдов, печением пирогов, чтением вслух любимых стихов, выписок из книг и журналов о

жизни животных, художественным творчеством т. д. Эпилептоидные пациенты вносят в жизнь клуба солидность и строгость, но вместе с тем нередко — тягостную для клуба подозрительность и ревность. Бывает, некоторые из них обнаруживают несправедливую грубоватую неприязнь к отдельным членам клуба, ждут повода, чтобы настаивать на их изгнании из клуба (например: «она же артистка в жизни, она только своим враньем мешает нам жить!» или «а этот — настоящий нахал, он же третьего дня звонил мне по телефону пьяный, лыка не вязал, выгнать его!»). Есть, конечно, среди эпилептоидных пациентов и по-настоящему справедливые, без этой жестокости, снисходительные к малым человеческим слабостям люди, но все же лучше, когда пост старосты (председателя) занимает живая, добрая сангвиническая натура с известной трезвой строгостью и чувством порядка. Эпилептоидные пациенты со своей ценной добросовестностью, исполнительностью, наставительностью к новичкам — нередко бывают хорошими помощниками врача, медсестры, старосты. У долго живущих жизнью клуба эпилептоидных пациентов, случается, возникает убежденность в том, что вообще никому нельзя пить вовсе спиртного, алкоголь в любых количествах вреден всем людям («я спился и всех это ждет даже от самых малых количеств»). Так, один пациент жестоко избил сына за то, что тот пришел со студенческой вечеринки с запахом вина, запретил ему пить спиртное совершенно. Эти строгие призывы к абсолютной трезвости для всех людей психологически обусловлены отчасти внутренним нежеланием объяснять людям свое трезвенничество больным, алкогольным прошлым, которого стыдно. Другое дело — считать себя идейно убежденным трезвенником и призывать всех людей к полной трезвости (вместе со здоровыми борцами за трезвость) — как будто бы хронический алкоголизм к тебе самому и не имеет отношения.

Пациенты с шизоидными и астеническими свойствами отличаются обычно долгой добросовестной трезвостью, тревожностью в отношении возможного срыва. Здесь нередко удается открыть за фасадом робкой скромности недюжинные творческие способности в прозе, художественной фотографии, живописи, чеканке, что душевно поднимает, окрыляет этих людей, утверждает в том, что по-настоящему интересен своим творчеством, художественной индивидуальностью — хотя бы знакомым и близким.

Пациенты с истерическими и неустойчивыми свойствами, склонные к картинности, крикливой браваде и другим эгоцентрическим выходкам, возмущающим многих членов клуба, нередко делаются в клубе мягче и скромнее, особен-

но после того, как эпилептоидные пациенты строго их одернут, собьют с них без церемоний театральную позу и пышную цветистость. Дорожа пребыванием в клубе, возможностью выступать здесь со своим творчеством, детски умоляя простить им какие-то провинности, эти прогностически трудные пациенты срываются во много раз реже, нежели без лечения клубом.

Заключение

Приходится слышать от психиатров-наркологов: «Да, клуб, гипноз — это хорошо, но, знаете, у нас немало больных и нам не до пирожных, нам бы сначала хоть черным хлебом всех накормить». Что понимается здесь под «черным хлебом»? Несколькоминутные встречи с больными в кабинете с выписыванием рецепта на тетурам, купирование запоев и в лучшем случае сеансы апоморфинотерапии. При всем этом за бортом остается душевное состояние пациента. Оно не ухожено врачебно-психотерапевтически, нет убежденности в том, что жить буду совершенно трезво всегда, потому что так интересно жить и в этом истинное спасение. А значит, существует повышенная готовность к срывам и рецидивам, подогреваемая ожиданием того времени, когда закончится лечение тетурамом и «перестану быть заряженной бомбой». Психиатр-нарколог иногда не догадывается о том, что клуб (это необычное еще пока, какое-то слишком светлое, «немедицинское» лечение) не просто повышает эффективность его работы, но освобождает его от калейдоскопа кратких встреч с пациентами. В клубные вечера врач видит своих больных, работает с ними коллективными эмоционально-стрессовыми методами и встречается, кроме того, индивидуально достаточно часто лишь с теми, обычно немногими, членами клуба, которые в этом нуждаются. С остальными же можно встречаться много реже, нежели при «бесклубном» потоке больных с очередью в коридоре диспансера. Очереди рассасываются. Больше времени — для встреч с больными, которые по каким-то причинам не входят в клубы. Если член клуба срывается, это сразу обнаруживается, и товарищи его тут же принимают меры. Клуб есть в своем роде «саморегулирующаяся система». Срыв, рецидив больного алкоголизмом — это клинически, в конце концов, проблема настроения. Клуб душевной дружбой и увлеченностью держит это настроение на достаточной высоте, не дает ему падать. Сколько раз приходилось слышать от членов клуба, что клубный вечер заряжает радостью, душевной свежестью, серьезным желанием так здорово, интересно и жить всю оставшуюся жизнь. Таким образом, выходит, что клуб не рос-

кошь, не «пирожное», а нужда, необходимость, наш наркологический «черный хлеб», если хотим работать эффективнее и качественнее. Наконец, оттого, что труд врача и медсестры совершается здесь как бы в праздничной, «немедицинской» обстановке, он не становится от этого, по существу, более легким и менее ответственным.

6.17. Опыт работы с антиалкогольным клубом (1993) [74)]

Антиалкогольный клуб (клуб трезвости) есть целебное содружество больных алкоголизмом (с «домашними» вечерами за «семейным» столом) — под руководством врача. Насущность такого клуба исходит из клиники хронического алкоголизма: алкоголик уже никогда не сможет пить спиртное понемногу, «по-здоровому». Проходят после курса «активного лечения» трезвые месяцы, годы, и он, личностно потускневший, благодушный, пытается немного выпить, чтобы оживиться (под влиянием предательской иллюзии полнейшего здоровья в этом отношении), и болезнь углубляется новыми расстройствами. «Голая» трезвенническая установка легко слабеет, потому что жить хочется, с людьми хочется общаться, хочется расслабиться, повеселиться, а приходится быть в праздничных и других компаниях в напряженности «белой вороны».

Существо работы антиалкогольного клуба, думается, складывается из 3-х взаимосвязанных моментов: 1) человеческая ***забота*** врача и его помощников о членах клуба как о членах общества, которым порой не так уж легко жить абсолютно трезво под гнетом спонтанных алкогольных расстройств настроения; 2) обстановка ***уюта*** с «семейным» столом; 3) побуждение к посильному ***творчеству*** в широком смысле (в духе Терапии творческим самовыражением). Разберем каждый момент.

1. Забота. При всей требовательной строгости, неприязни к алкогольным срывам врач и его помощники должны неподдельно-искренне выказывать сочувственный интерес к жизни каждого члена клуба и, по возможности, в известных границах, но также искренне, раскрыть пациентам себя как тоже трезво живущих людей, заботящихся о них. Мы не можем ждать от измененных личностно больных алкоголизмом тонкого отзвука на нашу терапевтическую доброту, но нередко встречаем здесь бесхитростную душевную благодарность, пусть грубоватую, но целебно работающую, затрудняющую очередной срыв. В первый вечер клуба «Свеча» 21

марта 1978 г. мы, четверо врачей (Г.К. Докучаев, И.В. Савельев, А.В. Гришин и я) сидели с пятью пациентами в лучшей «голубой» комнате диспансера. Кто-то из нас принес печенье, пирожки, кто-то — вишневое варенье, был ароматный чай, горели свечи. Как записано во врачебном дневнике клуба, «пациенты выказали трогательное удивление, благодарность: мы так не привыкли, не такое заслужили за свои грехи, да разве можно теперь после этого выпить?» Разумеется, некоторые из них выпили через какое-то время, и все-таки они были уже не те, что до первого клубного вечера. Сорвавшиеся вскоре доверительно, испуганно-виновато прибегали к врачу, умоляли оставить в клубе, рассказывали, что в самой кромешной жути запоя вспоминались вишневое варенье и наша забота. Эта доброта-забота возникала потом и у самих пациентов в отношении друг к другу.
2. Уют. Празднично-домашняя обстановка помогает, прежде всего, просветленно расслабиться и расположиться к содержательным беседам, общению с музыкой, живописью.
3. Творчество. Больному алкоголизмом несравненно легче жить трезво, если есть в душе свет увлеченности жизнью, во имя которого он боится сорваться. Зажечь этот свет в соответствии с преморбидными особенностями личности больного и тем, что осталось от личности, — главнейшее в современном квалифицированном лечении хронического алкоголизма. Неустанная творческая работа (от творчества в профессиональном деле до подаренной товарищу любительской пейзажной фотографии в самодельной рамке, до самобытных занятий плотничеством с маленьким сыном и т. п.) — это то, что хоть немного просветляет, оживляет органически потертую личность алкоголика, помогает почувствовать себя собой, т. е. испытать вдохновение.

Понятно, антиалкогольный клуб есть лишь спасательный круг, за который можно схватиться лишь по своей воле. Отчетливо определилось за годы работы, что крепче всего держатся за клуб пациенты, хотя и различных преморбидных характеров, но с объединяющими их дефензивными свойствами (переживанием своей неполноценности).

6.18. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИЙ, ТОКСИКОМАНИЙ

Кафедрально-диспансерная психотерапевтическая амбулатория располагается в психотерапевтическом отделении на

60 больных (зав.— О.А. Островская) Московского наркологического диспансера №1 (клиническая база кафедры; главн. врач— С.Г. Копоров) с 1987 г. Уже 16 лет, с тех пор как прежний главный врач А.С. Овчинская пригласила кафедру к сотрудничеству, это отделение-амбулатория служит не только для лечения более или менее сохранных больных алкоголизмом и токсикоманиями, но в гораздо большей мере (примерно на 3/4–4/5) для первичной профилактики алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. Это произошло как бы само собою: в нашу новую кафедрально-диспансерную амбулаторию продолжали тянуться (несмотря на «наркологическую вывеску») разнообразные дефензивные (с тягостным переживанием своей неполноценности) пациенты, которым мы помогали и в психоневрологическом диспансере, в котором прежде располагались. Мы с давних пор углубленно изучали этих пациентов в процессе лечения и преподавания слушателям Академии. Это прежде всего больные с эндогенно-процессуальными хроническими тревожно-депрессивными расстройствами и тяжелые дефензивно-психопатические пациенты (психастеники, шизоиды, циклоиды и т. д.). Всю эту группу в целом можно по-рабочему обозначить как тревожно-депрессивно-дефензивную или просто — «дефензивные пациенты», «дефензивы». Их стремление гасить свои расстройства настроения алкоголем, наркотиками, беспорядочным употреблением психотропных препаратов, другими психоактивными веществами (ПАВ) ярко обнаружилось еще в конце 70-х годов прошлого века с нарастанием трудностей, напряженности в нашей российской жизни. Они стремились к психотерапевту в надежде разобраться в своих дефензивных самобичеваниях-копаниях, в душевной вялости-безразличии и вместе с тем в обидах на весь свет, в надежде обрести израненной душой какой-то смысл, какую-то, хоть крохотную, радость существования. Многие из них уже до прихода к нам, отчаявшись, прибегали к разнообразным материальным успокоителям и возбудителям. Вто же время именно дефензивность природно несет в себе самой защитные творческие способности, помогающие выбраться в творческое вдохновение из душевной напряженности с чувством ускользания, потери своего «я». Однако для большинства дефензивов сложно, непосильно самостоятельно помочь себе творческими занятиями. Для них и существует наш клинико-психотерапевтический метод «Терапия творческим самовыражением» (ТТС), суть которого — изучение вместе с психотерапевтом (индивидуально и в группах) особенностей своей душевной природы в разнообразном, направляемом специалистом творческом самовыражении. Делается это

для того, чтобы, опираясь на изученные-познанные свои природные особенности-ориентиры (аутистические, психастенические, деперсонализационные и т. д.), научиться, по возможности, жить, делать дела свои неповторимо *по-своему*, с ясным чувством своего «я», т. е. с оживленной индивидуальностью, в более или менее выраженном творческом вдохновении. Множество раз убеждались мы в том, что свет творческого переживания ненавязчиво и напрочь вытесняет у дефензивных пациентов желание прибегать к каким-либо ПАВ (Рожнов В.Е., Бурно М.Е., Овчинская А.С., Островская О.А., 1991). Психотерапия дефензивов уже четверть века назад, еще до переселения кафедральной амбулатории из психоневрологического диспансера в наркологический, стала для нас одновременно первичной профилактикой зависимости дефензивов от ПАВ (Burno M.Ye., 1987).

Работа наша уже в течение многих лет происходит чаще во второй половине дня и организована следующим образом. По вторникам консультация всех желающих посоветоваться о себе и своих близких (с записью по телефону на определенный час). На консультации ex consilium решаем, как помочь каждому нуждающемуся в помощи: оставить у себя для лечения, профилактики или посоветовать обратиться в то учреждение, где ему гораздо лучше помогут. Остающиеся у нас встречаются индивидуально с врачами и психологами диспансера и кафедры, занимаются в группах творческого самовыражения по понедельникам и четвергам, в Реалистическом психотерапевтическом театре (частица ТТС, в пятницу), приходят на сопровождающие ТТС гипнотические сеансы, сеансы музыкотерапии со слайдами природы и т. д. Наш Театр, кстати, участвует и в профилактике алкоголизма, особенно противоалкогольным спектаклем-сказкой «Новый Год в лесной избе» — для детей из трудных семей и взрослых. Подробности указанного лечения-профилактики (продолжается от полугода до 10-ти и более лет) опубликованы (Бурно М.Е., 1999, 2000; Бурно М.Е., Добролюбова Е.А. [ред.], 2003). Консультации и лечение-профилактика у нас бесплатные. Как это принято на учебных кафедрах в мире, пациенты платят за нашу помощь своим участием в педагогическом процессе.

За 16 лет нашего содружества с наркологическим диспансером, по моим подсчетам, было проконсультировано в кафедрально-диспансерной амбулатории 5760 чел. Из них дефензивами группы риска в отношении зависимости от ПАВ оказалось 3319 чел. Из них на разное время вошли в наше лечение-профилактику 2708 чел. Из них отошли от употреб-

ления ПАВ (или же это употребление перестало быть опасным) — 2017 чел. (75%).

Говорить о всеобщей профилактике зависимости от ПАВ в наше время, в наших обстоятельствах жизни, убежден,— иллюзия. Но выбрать определенную группу людей (больных или здоровых), предрасположенных к этой зависимости по причине какого-то душевного неуюта, и помочь им смягчиться душевно, обрести свет и смысл, по возможности, без ПАВ — реальное дело. При этом, думается, важно, чтобы врачи и психологи, пытающиеся заниматься с дефензивами (и другими подобными группами риска) этим благородным делом, сами, по возможности, жили в стороне от употребления ПАВ и могли искренне сообщать всем об этом.



Глава 7

О НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОСОМАТИКЕ

7.1. К вопросу о личностной предрасположенности к неврозу навязчивости (1972) [6)]

9 пациентов с неврозом навязчивых состояний обратили внимание на себя сходством психического склада, картины невроза и благоприятным прогнозом. Это «художественные» (по И.П. Павлову) натуры — образно мыслящие, сентиментальные, впечатлительные; при этом весьма аккуратные (например, в большом порядке хранят свои бумаги), обстоятельные, склонные к коллекционированию. Любят очень все природное (например, старинные книжные переплеты из телячьей кожи), природу язычески одухотворяют. Научного, исследовательского интереса к природе и человеку у них нет. Трое из пациентов — писатели, весьма наивные в описании психологии человека, но природа, изображенная с добротной яркостью, живет в их густеющей с годами прозе, как человек. Моложавые, нежные, они весьма ранимы, тревожны, любят по-детски горячо, льстить, обманывать не могут, склонностью к сомнениям не отличаются, богаты памятью. На трудности не жалуются. Беспомощность в серьезных делах, застенчивость, внутреннюю скрытность прячут нередко за шутками с серьезным видом, внешней веселой общительностью. Возможно, и это имел в виду Герман Гофман, отмечавший, что синдром навязчивости возникает у лиц с комбинацией в наследственности шизоидных и маниакально-депрессивных компонентов (цит. по Каннабиху, 1935, с. 66).

Невроз, возникавший у них обычно в длительно травмирующей, конфликтной обстановке, выражался в основном в образных навязчивостях (навязчивое желание-страх порезать острым предметом себя или близких, броситься под вагон поезда в метро, навязчивый страх не выбраться никогда из майки, натянутой на распаренное ванной тело и т. п.). Так, пожилая женщина после ряда психических травм-переживаний (смерть сестры и брата, душевная болезнь дочери, неясной природы опухоль матки у другой дочери — все случилось в течение 2–3-х лет) заметила «сквозь тревогу», что неприятно смотреть на острые предметы: «навязывается желание зарезать самых дорогих людей». Когда (вдобавок ко всему) вошел незнакомец и сказал, что ее дочь под автомобилем, женщина стала в ужасе метаться. Немного успокоилась, узнав, что дочь

жива (перелом ноги), но ночью возникло сильное навязчивое желание задушить маленькую внучку, спавшую рядом. Сцепила в страхе руки, искала, куда их спрятать.

И.П. Павлов на одной из «клинических сред» сказал, рассматривая характер подобного пациента, что «ни к психастеникам, ни к истерикам его отнести нельзя» (Павлов И.П., 1955, с. 62). Возникновению образных навязчивых страхов у таких людей, видимо, способствует ювенильная свежесть воображения.

Навязчивости ушли во всех 9 случаях вместе с волнением. Уменьшить волнение помогали внушение наяву, житейский искренний совет, транквилизаторы и, конечно, разрешение конфликта.

К подобного рода «аккуратным романтикам» относился, по-видимому, писатель М.М. Пришвин, заметивший в автобиографическом романе «Кащеева цепь»: «Логические выводы ни малейшим образом не убеждали меня», «очень мучился и не мог, как теперь, утешиться и оправдаться своим исключительно образным мышлением». «Здоровая, честная, полезная деятельность» агронома тяготила: «чувствовал себя как отстающий гусь и вечно в страхе ждал, что слабость моя откроется и здоровые гуси меня заклюют»; «стал (...) бояться острых предметов: кос, ножей, плужных отвалов», «тянуло схватить его (острый предмет. — *М. Б.*) и пустить в ход». Почувствовал «необходимость немедленно, кому-то старшему, мудрому, авторитетному человеку выложить все, что есть (...) на душе, и просить помощи». Профессор-психиатр Мержеевский сделал психотерапевтическую ошибку, «посадив» исповедь измученного страхом острых предметов агронома, «как жука», на «длинную иглу для приколки поступающих бумаг» (это «движение» «меня как будто иглой пронзило насквозь с такой болью, что я ее и сейчас, через много лет, чувствую»). Помог Пришвину оптик (случайно принятый им за невропатолога) дружеским внушением («не будете бояться») и «пилюлями» из сахарной пудры («Я перестал бояться острых предметов, и мне надлежало только избавиться от особенного страха оставаться наедине с самим собой»). Последний страх ушел, когда случайно, «от скуки», на полустанке «выдумал себе немного пописать» («какие-то воспоминания из своего детства») и увлекся: «Радостное волнение впервые охватило меня, и я не заметил, как пробежали томительные часы ожидания». («Теперь я только и ждал, когда закончатся дела, чтобы остаться наедине, затвориться и, в себе самом разгораясь, выходить из своего одиночества в широкий мир.)*

---

* *Пришвин М.М.* Собр. соч. Т. 1. М.: Государственное издательство художественной литературы, 1956. С. 539, 543.

7.2. О личностных особенностях фобических невротиков с точки зрения психиатра-психотерапевта (1974) [15)]

Ю.В. Каннабих (1935), понимая под «невротическими фобиями» (навязчивыми страхами), расстройствами нередко обратимыми, пассивные переживания страха, повторяющиеся в определенной обстановке, отграничивал их от «невроза навязчивости». При «неврозе навязчивости» находим «симптомы навязчивости в более тесном смысле» (навязчивые мысли, влечения), т. е. «активные действия более или менее перманентного характера, не требующие для своего выявления определенных ситуационных условий». Эти активные навязчивости «служат выражением более глубоких нарушений мозговой деятельности» (ананкастическая почва, какой-либо процесс), что объясняет их фактическую неизлечимость. Современные французские авторы Эй, Бернард, Бриссе (Ey, Bernard, Brisset, 1967, p. 459, 463), многие другие зарубежные психиатры также отграничивают фобический невроз от обсессивного (истинно навязчивого; тут, кроме фобий, — магические мысли, навязчивые сомнения, опасения, ритуалы и т. д.), который более сложен, «структурен», стабилен, хуже лечится. Это разделение представляется глубоко верным и с клинической, и с терапевтической стороны.

Попытаемся тут, сколько сможем, показать ту не процессуальную и не ананкастическую почву, на которой возникает невроз навязчивых страхов (фобический невроз)*, — почву, структура которой вселяет надежды на хороший лечебный эффект, отнюдь не крошечный, как пока в процессуальных и ананкастических случаях. Упомянутые французские психиатры подробно изображают личностные особенности «обсессантов» (l'obsédé), но о «фобиках» (le phobique) лишь замечают, что они отличаются или характерологической пассивной тревожностью, или напускным высокомерием, вызывающим поведением и «яростью» деятельности с бросками от одного дела к другому (внешняя занятость, суета), которые есть иное выражение той же тревожности. «Фобический характер» менее известен, — констатируют авторы, — нежели истерический и обсессивный.

---

* Сюда не относятся случаи так называемого фрейдовского «невроза страха», признаваемого у нас А.М. Свядощем (1971). Описанные Фрейдом и Свядощем пациенты с долговременным, беспредметным, непонятным страхом представляются скорее процессуальными, нежели невротическими.

Нам удалось заметить два личностных варианта пациентов, невротические навязчивости которых исчерпывались навязчивыми страхами (и навязчивыми желаниями в глубине страха, которые трудно отличить от навязчивых страхов: например навязчивое, наполненное страхом желание причинить боль ребенку — есть по существу тот же навязчивый страх причинить ребенку боль). Один вариант бегло описан раньше*. Это «аккуратные романтики» (теперешний наш материал уже — 16 случаев), тормозимые, что проявляется и в аккуратности до педантизма (например, в большом порядке, с разноцветными закладками, хранят свои бумаги), и в наклонности коллекционировать почти все, вплоть до бутылочных этикеток. Кроме того, они ювенильны своей яркой впечатлительностью, тонкой чувственностью, нутряной романтичностью. «У меня много всегда впечатлений от природы, — говорит одна такая пациентка. — Когда рассказываю, раскладываю эти впечатления, как картинку. По дороге на работу здороваюсь с травкой, и, кажется, она со мной разговаривает. В лесу будто каждый куст спрашивает: “Нина, что так долго не была у нас?”» Несколько застенчивые, камерные, обидчивые, тревожные, мнительные, но не склонные к самоанализу и самоедству, они богаты памятью, без стеклянной аристократической оболочки, с теплой душевной мягкостью, но и с некоторой «дымкой отрешенности». Если пытаться поместить их в современную классификацию личностей, то, пожалуй, ближе всего стоят они к «тонкочувствующим джентльменам» Э. Кречмера (из группы «шизотимических средних людей»)**. Тут довольно часты навязчивый страх острых предметов, страх причинить боль или смерть слабому, страх покончить с собой и — все это тонко, выразительно в своей художественности благодаря, видимо, ювенильной свежести сложного воображения. Увидев нож, такой человек, взволнованный и ослабленный травмирующей ситуацией, в деталях воображает, как может кого-то порезать, пугается, и благодаря его тормозимости воображаемая картина с боязнью педантично повторяется, когда видит нож снова, т. е. закрепляется в навязчивость. У психастеников же, людей мыслительных, второсигнальных, с воображением тоже сильным, но более наполненным психологическими подробностями, нежели чувственными красками, конкретные, образные навязчивые страхи (например, страх острых предметов) редко встречаются. Зато характерны

* См. работу 7.1.

** Склонность шизоидов к навязчивым страхам отметил еще Ганнушкин (1964, с. 221).

тут страхи-воспоминания: как чуть не порезал нечаянно ножом ребенка, как стоял на краю пропасти и мог бы вдруг под ним отвалиться камень.

Пациенты другой группы (20 случаев) отличаются инфантильно-сангвинической мягкостью, практичностью, некоторым сексуально-романтическим легкомыслием и тревожной мнительностью лишь по отношению к своему здоровью. Это люди несложных интересов, естественные, общительные, по временам неряшливые, добросердечные, и приходится часто удивляться, как такой «богатырь», «рубаха-парень» боится подойти к закрытому окну на втором этаже или, мучаясь навязчивым страхом за сердце, с детской беспомощностью просит поселить его рядом с каким-нибудь врачом. Фобии, видимо, сообразно личностным свойствам, тут не отличаются такой чувственной выразительностью. С детства у них обнаруживается основательная вегетативная неустойчивость. Поэтому в структуре невроза тут часто встречается кардиофобия с ее спутниками — агорафобией, клаустрофобией (сюда отнести следует и страх езды в транспорте). Невроз начинается ярким вегетативным расстройством, вызванным или волнением, или даже простым физическим напряжением, интоксикацией. В последнем случае психической травмой служит сам факт бурного вегетативного расстройства, падающий на «тревожно-мнительную почву». И в том, и в другом случае невроз «открывается» возбуждением вегетативного органа: например, заколотилось сердце, когда убегал в страхе от преследователей, и сердцебиение звучит с тех пор в навязчивом приступе (в определенной обстановке), или протерпел человек в электричке с запертыми туалетами — и возникает навязчивый страх, что не вытерпит (с позывом на мочеиспускание) вдалеке от туалета или пока близкий туалет заперт. Нередко уже и по ходу развития невроза приступ начинается «не в душе, а в органе», как говорят больные. Так, неприятные ощущения в сердце порождают навязчивый невротический страх (навязчивость в том, что ощущения эти знакомы своей безопасностью, стихают по дороге к врачу) — и возникает сердцебиение. Описывая подобные состояния, Д.А. Черняховский (1970) справедливо отметил, что тут не встречаются «истинные» обсессивные фобии, например сифилофобия, боязнь числа «13». Крайне скупо и общо отмечая личностные особенности этих пациентов, Черняховский говорит здесь об особой вегетативно-эндокринной («диэнцефалопатической») конституции, выражающейся в «слабости регуляторных функций высших вегетативных центров на уровне гипоталамуса», с чем, по существу, трудно не согласиться.

Таким образом, если у больных первой группы навязчивое состояние психопатологически сложнее, тоньше, то тут оно «органнее». Но даже самые «органные» пациенты обычно совершенно избавляются от болезни в опасной обстановке. Так, один пациент «забыл про сердце», пока, подозревая, что заразился «венерическим», испуганный, выяснял это более месяца. Другой пациент, тоже с кардиофобией и агорафобией, заметив с берега, что женщина тонет в море, бросился на помощь, проплыл много метров, спас ее, но когда на берегу муж спасенной принялся его благодарить, спаситель задним числом трясся и обливался слезами.

Пациенты первой группы иногда навсегда (или во всяком случае на много лет) выздоравливают даже без медицинского вмешательства, когда, например, в их жизни все встает на свои места. У пациентов второй группы нередки рецидивы, что возможно объяснить именно основательной вегетативной «затронутостью»* и духовной неглубокостью этих людей — неспособностью погрузить себя в серьезное творческое жизненное дело, лечебно-профилактическое по своей сути. И в первом, и во втором случае необходим лечебный анализ конфликтной ситуации, помогающий больному смягчить душевную напряженность подробным осознанием конфликта. Но во втором случае, именно по причине насыщенности невроза вегетативными расстройствами, приходится идти еще и на внушение в бодрствующем состоянии и в гипнозе, функциональные тренировки. Учитывая ипохондрическую мнительность этих пациентов, настоятельно следует повторять им, что «это невроз, от невроза не умирают» и в доказательство, по возможности, избегать лекарств.

7.3. Об отношении больного к своему соматическому заболеванию (1974)** [13)]

Работ на эту тему мало, практических деонтологических советов о том, как следует врачу-интернисту вести себя с больным определенного личностного склада, почти нет. Если врач не наделен чутьем в отношении человеческих характеров, ему сплошь и рядом приходится ограничиваться доб-

* «Буйство» вегетатики с потерей критики на высоте страха есть тут как бы повторяющаяся душевная травма, оставляющая после себя настороженность к будущему, хотя и невротически мягкую (трудно, например, поверить, даже успокоившись, что от такого «колочения» сердце «никогда не лопнет»).

** В соавторстве с Л.Д. Зикеевой.

ротными, но весьма общими деонтологическими гиппократовскими советами: ободрять, любить больного, разумно утешать его, оставлять в неведении того, что ему угрожает, дабы не покончил с собой (Гиппократ, 1936, с. 123).

А.П. Чехов, видимо, впервые показал, как по-разному ощущается и переживается соматическая болезнь в зависимости от душевных особенностей больного (рассказы «Скучная история», «Учитель» и многие другие). Как отмечал Е.Б. Меве (1961, с. 164), Чехов считал, что, вопреки «вековой мудрости» об «озлобленных печеночниках», «охваченных страхом сердечниках», «угнетенных желудочниках» и т. д., соматическая болезнь не способна создать черты характера, которых до того не было. Известно, что остро критически относящийся к себе Чехов, несомненный исследовательский дар которого проявился, в частности, в «Острове Сахалине», был готов специальным курсом лекций на медицинском факультете «возможно глубже вовлекать свою аудиторию в область субъективных ощущений пациента» (Россолимо Г.И., 1960, с. 670). Этот аспект творчества Чехова, думается, должен быть тщательно изучен врачом именно с точки зрения современной личностной типологии*.

В первой трети XX века выходят в свет классические работы о психопатических и здоровых типах личности (Ганнушкин, Э. Кречмер, Лазурский, Минковская). Ганнушкин (1964, с. 40) в 1924 г., подчеркивая, что «психическая реакция на заболевание должна учитываться каждым врачом независимо от его специальности», поясняет, что истерик маскирует свою истинную соматическую болезнь, ведет врача по ложным следам, психастеник преувеличивает, а сангвиник преуменьшает и даже отрицает свое заболевание. «По отношению к каждому из них врач должен точно установить тот плюс, тот добавок, который должен быть отнесен за счет психики больного; только тогда может быть намечена врачом правильная линия поведения. Не следует думать, что все это касается тех редких, а следовательно, и неважных случаев, когда речь идет о соматических заболеваниях у выраженных психопатов, — вовсе нет. Так называемые психически нормальные люди имеют каждый свой характер, свои психические особенности». Позднее Р.А. Лурия (1944, с. 26, 38) отмечал, что «внутреннюю картину болезни», «внутренний мир больного человека» следует изучить так же тщательно, как «все то, что можно описать и так или иначе зафиксиро-

* Кстати, Г.П. Шульцев (1960) однажды уже сожалел о том, что имя Чехова, сказавшего ценные своей новизной соображения о грудной жабе, не попало в работы отечественных клиницистов.

вать графически, числами, кривыми, рентгенограммами и т. д.». Но как интернист он не мог «подробно останавливаться на исключительной важности вопросах о характерологии больного человека, что должно составить предмет отдельного коллективного труда психолога и клинициста». Однако экспериментальная, «университетская» психология (именно ее имеет в виду Р.А. Лурия), исследующая как бы математически точными приемами отдельные элементы психики, не способна охватить личность в целом, как это делает психиатрическое, клиническое исследование. Ганнушкин отметил, что необходимые интернисту знания по индивидуальной психологии «даются только психиатрической клиникой». Это следует понимать в том смысле, что определенным психопатическим характерам, изучаемым пограничной психиатрией, соответствуют здоровые характеры подобного рисунка, но со смягчением этого рисунка до нормы: так называемые нормальные психастеники (душевноздоровые люди с психастеническим личностным рисунком), нормальные эпитимы (душевноздоровые люди с эпитимным рисунком) и т. п.*

В наше время научно-технической революции изучению отношения больного к своему соматическому заболеванию необходимо уделить серьезное внимание, чтобы не утерять врачебную гуманность среди сложной медицинской техники, воспрепятствовать возникновению ипохондрических наслоений у больного, помочь ему средствами врачебной души как можно легче пережить болезнь. Интересны в этом смысле попытки Л.Л. Рохлина и В.В. Ковалева дать классификации вариантов отношения душевноздоровых людей к своему соматическому нездоровью. Л.Л. Рохлин (1972, с. 131) выделяет депрессивно-астенический, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический варианты, В.В. Ковалев (1972, с. 104) — депрессивный (тревожно-депрессивный), дистимический, ипохондрический, фобический, истероидный, эйфорически-анозогнозический.

Настоящая работа — совместная попытка психиатра и интерниста показать, как по-разному душевноздоровые люди различного склада переживают свою соматическую болезнь. Социальный фактор, как и фактор возраста, увлеченности делом жизни и т. п. «вплетается» тут в личностное реагирование. Фактор специфики заболевания относительно уравновешивается тем, что для исследования выбраны больные, хронические заболевания которых хотя и серьезны, но про-

* О характерах людей — в моих книгах «Сила слабых» (1999) и «О характерах людей» (2005). *(Примеч. 2006 г.)*

текают достаточно мягко, с реальной надежной на долгие годы жизни (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, латентные формы хронического гломерулонефрита и пиелонефрита, гипертоническая болезнь, стенокардия). Среди 140 отобранных больных выделено 6 групп в зависимости от склада личности и отношения к болезни.

В 1-ю группу вошли 18 человек астенического склада — ***холодноватые астеники*** (5 мужчин и 13 женщин в возрасте от 30 до 58 лет). Из них 6 страдали хроническим гломерулонефритом, 7 — хроническим пиелонефритом, 5 — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Личностным рисунком они напоминают астенических психопатов. У них тоже, хотя и в рамках нормы, имеется астенический конфликт ранимого самолюбия с чувством неполноценности. Капризно-обидчивые, честолюбивые, но застенчивые, робкие, тревожно-мнительные (но не по отношению к своему здоровью), они не любят быть в центре внимания, легко краснеют и склонны к тремору, отличаясь вегетативной неустойчивостью. Вместе с тем этот вариант нормальных астеников отличается от других астеников отсутствием выраженной двигательной неловкости, суетливости, несобранности, душевной мягкости, добросердечия. В их раздражительности порой проглядывает некоторая злобноватость («застенчивость со злым червяком»). Они добросовестны, душевно суховаты, пунктуальны в работе, исполнении лечебных процедур, щадящего режима жизни. Часто они просят разъяснить сущность заболевания, прогноз, но в подробности не вникают, так как вообще не склонны детально размышлять, быстро успокаиваются и примиряются с болезнью. Ипохондрические тревоги охватывают их лишь при ухудшении соматического состояния. Таким больным обычно достаточно бывает коротко, четко разъяснить сущность болезни, ход лечения и дружески успокоить.

Во 2-ю группу включены 34 человека астенического склада, невысокого интеллектуального уровня — ***ограниченные астеники*** (23 мужчины и 11 женщин в возрасте от 33 до 52 лет). Среди них у 18 больных был хронический гломерулонефрит, у 10 — хронический пиелонефрит, у 5 — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, у 1 — гипертоническая болезнь. Духовная несложность (ограниченность) этих натур сказывается в их неспособности получать удовольствие от умственной работы (серьезное чтение, серьезные фильмы и т. п.). Астенический конфликт здесь элементарен, упрощен ограниченностью мыслей и чувств. Эти больные исполнительны, стеснительны, робки, инертны,

теплы душой, ипохондричны, вегетативно неустойчивы (легко краснеют, потеют и т. п.). Бросаются в глаза обусловленные ипохондричностью, склонностью к функциональной гиперестезии (интерорецепторной и экстерорецепторной) и малограмотно выраженные необычные жалобы на чувство жжения и перемещения, особенно при волнении и там, где, например, по мнению почечного больного, находятся почки: «будто почка воспалилась и распухает», «сжигает там», «щипает», «секет поясницу». Часто такие больные «чувствуют» свои почки, особенно после еды, и это опять связано с примитивными представлениями о своем заболевании («после еды почки вроде становятся большими, будто упираются в то, что вокруг них, будто работают с перегрузкой — вроде там клубочки тяжело перекатываются»). Выясняется, что больной представляет себе «перегрузку почки» как «тяжесть в почке», что он начитался о клубочках в энциклопедии и т. д. Подобные ощущения, не согласующиеся с не вызывающими тревоги объективными клиническими и лабораторными данными, следует, видимо, расценивать как гиперестезию примитивно-истерической структуры (в рамках нормы). Ненароком узнаем, что еще до соматической болезни больная как-то в ссоре с мужем «тряслась в истерике», ее «душил ком в горле», что эти необычные для врача-интерниста «почечные», «язвенные», «сердечные» ощущения возникали и просто от житейских неприятностей. «Внушительным» лекарством (плацебо), прямым внушением («Это все кажется! Никакого ухудшения нет!» и т. д.), доброжелательным врачебным советом как-то изменить жизнь или примириться с жизненными трудностями — следует предупреждать в подобных случаях невротические состояния, к которым эти субъекты весьма расположены.

В 3-ю группу отнесены 18 человек психастенического склада — ***психастеники*** (15 мужчин и 3 женщины в возрасте от 52 до 67 лет). У 3 из этих больных был хронический холецистит, у 15 — стенокардия.

Душевноздоровые люди с психастеническим личностным рисунком отличаются от астенических прежде всего склонностью к подробным, полным сомнений, часто пессимистическим размышлениям, самоанализу (второсигнальность), в первую очередь по поводу своего поведения в обществе и своего здоровья. «Загруженность» мышлением, интеллектуальными переживаниями сочетается у них с рассеянностью, несобранностью, чувственной блеклостью и двигательной неловкостью, суетливостью. Психастеник, человек, представляющий нередко высокую социальную творческую ценность, в своих тревожных сомнениях склонен преувеличи-

вать даже банальный «насморк», а заболев серьезнее, подозревает обычно самое худшее, смертельное заболевание, при этом теряясь, делаясь угнетенным и беспомощным. Основа его мучений — в ипохондрических тревожных сомнениях, которые часто довольно легко разрушить, осмотрев его и рассудочно доказав ему, что нет оснований для «страшных» опасений. Психастеник боится прежде всего непонятных ему и врачам симптомов, которые сразу связывает с возможностью смертельного исхода. Например, бывает легко успокоить психастеника, опасающегося «подозрительных тупых ощущений в животе», показав ему с помощью пальпации живота и щипков кожи, что это всего-навсего кожно-мышечная болезненность, к которой он склонен, и внутренние органы к этим ощущениям не имеют отношения. Знакомую же ему «несмертельную» боль, например при печеночной колике, даже сильную, такой больной переносит порой весьма стойко без ипохондрических переживаний. Трудность работы врача состоит здесь в том, что у психастеника, как правило, возникают все новые и новые ипохондрические сомнения, обрастающие унынием, о которых нередко из-за своей стеснительности, деликатной боязни отнять у врача время он не говорит. У таких больных следует дружески требовать, чтобы они, не стесняясь, поделились всеми своими сомнениями, и старательно разрушать их ободряющим разъяснением. В противном случае больной будет мучиться этими тревожными сомнениями, не в силах забыть, «смять», вытеснить их; тоскливо и молчаливо он станет представлять собственные похороны, сиротство детей, предполагать, где его похоронят — на кладбище или в крематории и т. д. Сложность врачебной работы с психастеником усиливается еще и тем, что, когда ему делается соматически лучше, он начинает терзаться, что занимает больничную койку, более нужную другому больному и т. п.*

В 4-ю группу вошли 23 человека эпитимного склада — ***эпитимы*** (20 мужчин и 3 женщины в возрасте от 23 до 46 лет). Из них 8 страдают хроническим гломерулонефритом, 2 — хроническим пиелонефритом, 13 — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Эти душевноздоровые люди напоминают по личностному рисунку эпилептоидных психопатов некоторой прямолинейностью суждений, вплоть до полного отсутствия сомнений, мыслительной и эмоциональной вязковатостью, аккуратностью ради аккуратности, выраженным честолюбием и раздражительностью, по временам злобной. Они весьма хозяй-

* О психастениках, болезненных сомнениях — в главе 4.

ственны и часто угрюмы, склонны занудливо поучать других, не замечая собственных недостатков. Заболев соматически, делаются еще угрюмее и часто не имеют желания подробно говорить с врачом. Нередко они требуют, чтобы врач арифметически точно сформулировал существо их заболевания и прогноз. Их даже больше устраивает непонятный, но «математически четкий» ответ врача, нежели понятное сомнение. К врачам, осторожным в выражениях, такие больные относятся обыкновенно недоверчиво и с плохо скрываемым недовольством. Они склонны упорно прислушиваться к больному органу, и болезненные ощущения у них нередко окрашиваются сверхценно-ипохондрически. Часто, переоценивая себя, такие больные требуют показать им результаты лабораторных исследований — не потому, что опасаются, подобно, например, психастеникам, плохого прогноза, а потому, что чувствуют себя униженными, когда от них что-то скрывают. Такие больные обычно не испытывают теплой благодарности к врачу («сегодня не нашли нишу, а завтра найдут, знаем мы их!»). Они не спрашивают обычно, в отличие от психастеников, чем объясняется тот или иной симптом, не выказывают тревожной беспомощности, но угрюмо требуют срочно поставить «точный диагноз» и «отремонтировать». Упрекая всех, кроме себя, они отличаются душевной суховатостью и утомительной брюзгливостью: ворчат, например, что нельзя теперь купаться в холодной реке, ходить в походы (хронический гломерулонефрит). В то же время они любят лечиться, нередко делают из лечения многолетний культ. Больные подобного склада крайне обижаются, когда врачи игнорируют их соображения по поводу собственного заболевания, упрямо спорят, даже если полагают, что больны злокачественно (в то время как психастеник, подозревающий у себя, например рак, с благодарной жадностью ловит каждое разубеждающее слово врача). С пациентом такого склада следует говорить о его болезни уверенно, четко, по возможности показывать анализы, рентгенограммы (2—3 слова, даже непонятных больному, но проникнутых оптимистической безапелляционностью, действуют при этом весьма убедительно). Больные эти не должны заметить, что врач насмешливо игнорирует их «патогенетические» соображения. В атмосфере сочувственного подробного врачебного внимания они заметно смягчаются.

В 5-ю группу включены 19 человек циклотимного склада — ***сангвиники*** (11 женщин и 8 мужчин в возрасте от 21 года до 62 лет). У 5 из них был хронический гломерулонефрит, у 2 — хронический пиелонефрит, у 1 — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, у 11 — гипертоническая болезнь.

Душевноздоровые циклотимы (сангвиники) — жизнерадостные натуры, отзывчивые, естественные, с чувством порядка, оптимистичные, доброжелательные ко всем вокруг, веселые балагуры, хотя иногда и беспричинно взгрустнут, любящие вкусно поесть, выпить в компании. Недовольство они изливают сразу, шумно, чтоб очиститься от него и снова сиять весельем и уютом. Неравнодушные к чувственным радостям жизни, они порой неспособны отказаться от вредной или острой пищи, купанья в холодной воде и т. п. К своей серьезной болезни они относятся, как правило, оптимистически («тосковать некогда»). «Да вы не пугайтесь больше меня!» — отечески-дружелюбно, с солнечной улыбкой успокаивает такой больной врача, взволнованного высокими цифрами его артериального давления. Интернисты иногда ошибочно принимают эту характерологическую особенность за сосудистую или токсическую эйфорию (глуповатую, некритическую веселость). Такие больные не склонны к ипохондричности, страху смерти, но у них бывает страх собственной ненужности коллективу, семье, и в этом они совершенно противоположны эпитимам. Зная склонность сангвиников преуменьшать серьезность своего заболевания, не замечать болезненных ощущений, как подсказывает опыт, следует в некоторых случаях просто пугать их, не опасаясь ятрогении (например, тем, что может случиться инсульт, если больной будет работать с таким давлением и т. п.).

В 6-ю группу вошли 28 человек ювенильного склада — ***ювенилы*** (12 мужчин и 16 женщин в возрасте от 25 до 44 лет). Из них 11 страдали хроническим гломерулонефритом, 15 — хроническим пиелонефритом, 2 — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Эти душевно здоровые люди на всю жизнь сохраняют юношескую романтичность, отличаясь поэтической эмоциональной живостью, возбудимостью, некоторой неустойчивостью интересов, высокой внушаемостью, склонностью к фантазированию, стремлением находиться в центре внимания. Их тревожная мнительность, ипохондричность бывает внешне бурной и многословной, как все поверхностное, нестойкое. Волнение, дрожь перед экзаменом, перед разговором с врачом — все это в отличие от психастеников «на секунду», легко снимается ободряющим словом. Нередко отличаясь задиристостью самоуверенных юношей, такие больные спешат изложить врачу свою яркую точку зрения на собственное заболевание, пытаются обычно поддеть врачей, лечивших их прежде, не выказывая к ним чувства благодарности, бойко оперируют медицинскими терминами, не скрывая, что в своем заболевании разобрались лучше врачей и сами знают, что им де-



лать после больницы. Создается впечатление, что сплошь и рядом они заинтересованы лишь в том, чтобы обратить внимание врачей и близких на свои «страдания», очень довольны, когда ими занимаются, картинно корчатся при пальпации, глаза их страдальчески увлажняются. Совет врача не преувеличивать тяжесть болезни они встречают презрительно-сожалеющим взглядом (дескать, ничего ты не понимаешь). Они нередко уводят врача в сторону своих ипохондрических фантазий и ярких ощущений, довольно спокойно относятся к действительно существующему хроническому соматическому заболеванию, мало им интересуются, но любят принимать красивые позы, делают кокетливые заявления: «Я мамина лебединая песня», «Мама и муж в постоянном разногласии, как меня любить» (все это с жеманством, часто детским голоском). Если подобный больной при не вызывающих тревоги объективных клинических и лабораторных данных упорно требует повторить анализы, проявляет недоверие к врачам, за этим обычно стоит какой-то жизненный конфликт, нужность, приятность болезни, часто не вполне осознаваемая. Встречающиеся у ювенилов «соматические» истерические реакции гораздо тоньше, подробней, «художественнее», нежели у ограниченных астеников (например, больной чувствует, как его почки при задержке мочеиспускания наполнились мочой, нагрелись ею и т. п.) *. Лучше всего, внимательно выслушивая такого больного, сухо игнорировать его вымыслы, не скрывая, однако, обеспокоенности его действительным соматическим заболеванием. В некоторых случаях приходится категорически отказать ему в пребывании в больнице**.

Надеемся, что все это поможет интернисту составить представление о личностном рисунке больного, чтобы определить линию своего поведения по отношению к нему. Дифференцированная врачебная деонтология по существу упирается в типологию (науку о типах личности), подобно тому как дифференцированная психотерапия упирается в клинические подробности. Если учесть, сколь шаткой во многих случаях представляется граница между нормальной и патологической личностной реакцией, особенно понятным становится сформулированное В.Е. Рожновым (1970, с. 42) положение: медицинская деонтология «практически неотделима (...) от вопросов психотерапии».

* Необычные ипохондрические ощущения (особенно при отсутствии соматического заболевания) следует дифференцировать с вычурными сенестопатическими шизофреническими ощущениями.
** См. о ювенилах в работе 6.10.

7.4. Случай психотерапии безнадежной раковой больной (1984) [35)]

Психотерапия пребывающих в сознании, страдающих безнадежных больных человечна прежде всего целебной душевной, духовной работой врача, не ослабевающей с приближением больного к смерти и тем самым не выказывающей умирающему безнадежности. Можно признать «безнадежной» ногу и, уже без внимания к ее язвам, ампутировать ее. Но показать человеку, которому суждено в скором времени уйти из жизни, невниманием своим, что он безнадежен, не стоит уже интенсивных забот врача — значит действовать нечеловечески. Вопросы эти внимательно обсуждаются сейчас в мире. Характерно само название одной из американских научных статей: «Отношение врачей к умирающим» (Roberts C.M., 1976).

«Хорошая смерть» — говорится в тех случаях, когда человек умирает без продолжительной душевной и физической боли, без тягостного чувства безнадежной обреченности. Святой долг врача, работающего с умирающим, — помочь, по возможности, умереть легче, сообразуясь с типологическими особенностями душевной самозащиты больного.

В.Е. Рожнов и Г.Ф. Маркова (1959), работая с тяжелыми раковыми больными, рационально и гипнотически их успокаивая, улучшая сон, отметили «известную двойственность» этих пациентов, сказывающуюся в том, что, казалось бы, убежденные в своей безнадежности, они искали психотерапевтических бесед, надеясь, что, может быть, они-то и являются тем исключением, когда возможно спасти. Эту самозащитную двойственность отмечает и Джон Хинтон в статье «Несущие тяжесть рака» (Hinton J., 1973). Подобной структуры самозащита может быть разной подвижности и силы у разных характеров, а у иных людей защита совсем другой, не «вытеснительной» структуры. Привожу собственное наблюдение.

Больная Ф., 1937 г. рождения, инвалид II группы по онкологическому заболеванию, находилась в Психиатрической больнице № 12, в клиническом отделении кафедры психотерапии ЦИУ врачей в 1976 г. немного более месяца. Она попросилась в психотерапевтическую клинику в надежде «выбить могучим гипнозом» сильнейшие боли в крестце, животе, заднем проходе и смягчить связанную с ними раздражительность и бессонницу. Главный врач больницы А.С. Каландаришвили попросила меня помочь Ф.

В детстве и зрелости частые ангины, почти постоянный субфебрилитет, наблюдалась много лет ревматологом. Много

лет «геморрой» (?) с периодическими кровотечениями, по поводу которого к врачам не обращалась. Физически слабая, жаловалась часто на головные боли и все же отличалась жизнерадостностью, ипохондричность всегда чужда ей. Строго принципиальная, скрупулезная, целеустремленная, несколько прямолинейная, энергичная («всегда в комитетах, активистка, студенческий вожак»), с некоторой склонностью застревать на мелочах, но без неуверенности в себе. Особенно любила очерковую прозу об учителях и врачах, интересовалась «по-хозяйски» живой природой. Окончив университет, преподавала географию в старших классах. С 26 лет замужем за инженером, в 29 лет родила дочь; в семье дружелюбные отношения, хотя признается, что «к дочке могла бы быть мягче и к мужу меньше могла бы придираться».

Среднего роста, грацильно-жилистого телосложения.

В 1970 г. после санаторного лечения в Кисловодске беспокоили кровотечения из прямой кишки, которые связывала с обострением «геморроя». Но очередное неожиданно сильное кровотечение заставило, наконец, обратиться к врачу. Неотложной помощью доставлена в больницу и прооперирована там по поводу рака прямой кишки на почве полипоза. Наложен противоестественный задний проход в паховую область.

Сразу же после операции больная узнала о том, что удаленная опухоль злокачественная. Муж проговорился, услышав от нее: «Я тебе страшную вещь скажу». Он решил, что она знает о раке, но она хотела сказать только, что «вывели на живот кишку». Больная огорчилась еще пуще, но вскоре успокоилась, «порешили, что будем стараться, чтоб все было хорошо». В течение 2-х лет после операции чувствовала себя хорошо, посвежела, повеселела, хотя и много заметнее стала звучать в ее прежней авторитарной, раздражительной жизнерадостности истощаемость. Охотно занималась с дочкой и ее подружками уроками, полюбила вязанье, выписывала и читала много журналов. В 1973 г. появились упомянутые боли в крестце, животе, заднем проходе. Обнаружены вторичные изменения крестца. О метастазах ей не сказали, но боли никак не объяснили, и она догадывалась, что это плохо, поскольку с тех пор каждый год в общей сложности по полгода находилась в больнице, получая лучевую терапию и химиотерапию. Боли продолжали усиливаться, но больная не падала духом, надеялась на лучшее, купили машину. Верила себе и мужу, что поправится, что боли невралгические, радикулитные. Онкологи, однако, время от времени ее глубоко расстраивали. Так, врач сказал ей, покрасневшей от мороза: «Какая румяная! А ведь уже пять лет прошло после операции!». «Ну и что же, что пять лет, —

переживала про себя больная. — Я больше жить хочу, хочу выздороветь». Она, в сущности, рассказывала, как врачи «сбивали» ее сверхценно-негибкую психологическую защиту, построенную на вытеснении неугодного, но без сказочно живой ювенильной способности ловко «замазывать» душевные раны восстановлением двойственного отношения к событию, спасительными фантазиями. Больная терялась, сбитая со своей инертно-прямолинейной оптимистической веры, и долго потом не могла вернуться в прежнюю колею. Боли в области крестца со временем сделались «пронизывающими насквозь горячим острым гвоздем, трудно понять, где болит, — как зуб», «боли до черноты в глазах, до тошноты». Порошки, инъекции, блокады — мало помогали (с лета 1975 г. получала наркотики).

Больная поступила в психотерапевтическую клинику с лекарственными назначениями онколога: сложные порошки (омнопон 0,001, анальгин 0,25, пирамидон 0,25) по одному 3 раза в сутки; омнопон 2% — 2,0 подкожно утром и вечером; димедрол 1% — 2,0 внутримышечно на ночь и супрастин 2% — 2,0 внутримышечно утром. Засыпала после инъекции в 11 часов вечера, но раньше трех утра просыпалась с мукой боли и потом уже заснуть не могла. Больную поместили в отдельную комнату, и я стал проводить ей там в послеобеденное время сеансы удлиненного гипноза (по Рожнову, 1953). Погрузив больную в гипноз спокойной «песенной» гипнотизацией, внушал ей в течение часа, как тают, рассасываются боли. С первых же сеансов боли действительно стали таять и проходили совсем в гипнозе. Гипноз (он был поверхностно-сомнамбулическим) переходил в естественный сон, когда я уходил из комнаты, и больная спала еще часа два-три без болей. Но через полчаса после того, как просыпалась, боли «набрасывались, как звери, с такой силой, будто мстили за то, что их выгоняли». Больная получила 18 таких сеансов (ежедневно, иногда через день) и твердо заявила после гипнотического курса, что все это время, благодаря сеансам, не принимала обезболивающие порошки. Бледножелтая, с мешками под глазами, с постоянной слабостью, она охотно соглашалась, что боли не опасны для жизни, а «нервные», «от головы» и еще «жестокий радикулит». О врачах, мешавших ей думать так, вспоминала с раздражительной, дисфорической напряженностью. Радовалась, что нашла в журнале «Юный натуралист» про сороку и поможет теперь дочке написать школьное сочинение про сороку. Радовалась, что дочка теперь хорошо ест, не болеет, поправилась. Рассказывала: «Когда была маленькой, мать жестоко болела и говорила — путь все болячки достанутся

мне, а не детям. И я теперь так думаю, когда очень больно, знаю, за что страдаю, верую в это, хотя и атеистка». Сложилось отчетливое впечатление, что пациентка, понимая свою обреченность, душевно застревает в своей надежде на лучшее и благодарна врачу, подкрепляющему эту надежду. Больная стала глубже и больше спать ночью (засыпая в 11 вечера, как всегда, после инъекций, просыпалась теперь уже не раньше пяти). Она умерла через 4 месяца после выписки из психотерапевтической клиники. Со слов мужа, боли все это время оставались тяжелыми, но спала по-прежнему до пяти и с благодарностью вспоминала гипнотические сеансы, беседы, верила до конца в «жестокий радикулит».

7.5. О клинической (естественно-научной) психосоматике (лекция) (1994) [77)]

Под «психосоматикой» в широком смысле принято понимать особое внимание к душевному состоянию соматического пациента, изучение влияния душевного состояния человека на возникновение, течение, исход соматического заболевания у него.

Живое мышление со времен Аристотеля и Платона (будь оно материалистическим или идеалистическим по своей структуре), открывает глубинные взаимосвязи душевного и телесного в здоровье и в болезни. Но сообразно особенностям своего мироощущения, врачи, психологи обычно чувствуют-понимают первичным, изначально существующим в этом взаимодействии либо телесное, либо душевное. Исследователи экзистенциального мироощущения вопрос об отношении материи к духу часто просто не принимают, но жизнь человеческого тела («человеческая телесность» — Медард Босс [M. Boss]) для них явление особенное, «психосоматическое», во всяком случае, принципиально иное, нежели жизнь «бездуховных» животных. Телесность человека — проявление его экзистенции (подлинного существования); экзистенция же — не из материального мира. Таким образом, и экзистенциальные исследователи обнаруживают, по сути дела, убежденность в изначальности духа, идеального, духовного существования.

Термин «психосоматика» предложил глава «школы психиков» Иоганн Гейнрот (Heinroth, 1773—1843) в 1818 г., выразив в нем основную свою идею — даже соматические болезни порождаются душевным (психическим) движением, и притом недобрыми намерениями человека, разрушающими тело. Другой германский психиатр Максимилиан Якоби (Jacobi,

1775–1858), крупнейший представитель «соматической школы», в 1822 г. противопоставил «психосоматике» «соматопсихическую» медицину (причиной всякого душевного расстройства является соматическое нарушение). Научные свершения середины–конца прошлого века (открытия в микробиологии, патологической анатомии, физиологии — прежде всего, Вирховская целлюлярная патология) способствовали «наглядной» победе «соматиков» над «психиками». Медицина в ту пору сделалась в целом более материалистической, хотя и «по-базаровски» более «бездуховной», менее психологической, как это случается в период ярких биологических, технических успехов. Но уже в начале нашего века мировую медицину (и особенно американскую) начинает все интенсивнее пронизывать психоанализ. Гонимый крупными западноевропейскими клиницистами Фрейд был восторженно принят американскими врачами по причине свойственной многим из них «озорной» свободы от европейского академизма и, в том числе, от клиницизма. Психоаналитическое (аутистически-символическое) толкование соматических болезней — как соматических проявлений различных тягостных бессознательных переживаний, комплексов — складывается к концу первой трети нашего века как новое медицинское направление — *психосоматическая медицина* (F. Alexander, H. Dunbar, A. Weiss, O. English). Коренным, глубинно-универсальным критерием психосоматической медицины (разнообразно-утонченной в своих бесчисленных гранях, в том числе экзистенциально-феноменологических) является аутистическая, символическая структура мысли и чувства. Аутистичность (от греч. *autos* — сам) есть самостоятельное, «самособойное» движение, развитие мысли-чувства — самостоятельное и в том смысле, что не склонно проверять результаты своего движения-развития реальной практикой жизни. Аутистическое мышление-чувствование, всегда несущее в себе ощущение-убеждение в первичности, изначальности духа, строится как бы изнутри себя в отрыве от реальных предметов жизни и по природе своей способно создавать гениальные отвлеченно-умозрительные, символические построения-ансамбли в теоретической физике, математике, астрономии, религии, идеалистической философии (напр., система Гегеля), в психологии (напр., система Фрейда), в искусстве (напр., Рерих, Кандинский). Да и многие волшебные сказки своей символикой есть аутистические образования. Аутистична-символична по структуре своей и психосоматическая медицина. Например, утверждается, что бессознательное переживание ребенка, рано оторванного от материнской груди (и потому недоудовлетворившегося сексуально инфантильным оральным

способом), впоследствии конверсивно-символически оформляется как приступ бронхиальной астмы — плач по разлуке с матерью. Или считается, что бессознательно-инфантильное желание быть защищенным, накормленным символически выражается в желудочно-кишечном напряжении и затем патологией желудочно-кишечного тракта вследствие этого напряжения. Или склонность к запорам рассматривается как бессознательно-символическое стремление ко всякому накоплению (в том числе коллекционированию). Ребенок до поры до времени (пока продолжается анальная стадия развития libido) упрямится вовремя идти на горшок, дабы его инфантильное, анальное сексуальное наслаждение было потом посущественнее, и эта здоровая для детства склонность может «законсервироваться» на всю жизнь как склонность к накопительству, к запорам. Или убежденность психосоматика в том, что бессознательная потребность человека в заботе о себе, о своих запасах конверсивно-символически оборачивается сахарным диабетом. Всюду здесь мысль врача работает-движется не естественно-научно, не клинико-реалистически, а символически-аутистически, не нуждаясь в проверке клиническим опытом, экспериментом, практикой жизни. Под психосоматикой в узком смысле (психосоматической медициной) и принято понимать психосоматическую медицину, аутистически (психоаналитически) ориентированную.

Символ, конечно же, не есть клинический образ, которым работает врач-клиницист. Клинический образ реалистически раскрывает смысл, например, того же порожденного каким-либо конфликтом душевного напряжения, способствовавшего обострению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а символ, как отмечает С.С. Аверинцев (1989, с. 581), есть «образ, взятый в аспекте своей знаковости». «Переходя в символ, образ становится “прозрачным”: смысл “просвечивает” сквозь него, будучи дан именно как смысловая глубина, смысловая перспектива». Аутистически-символическое мышление незаменимо в теоретических науках, но с точки зрения очень трезвого реалиста, отмеченные выше психосоматические символические фигуры не есть жизненная правда, а есть «сказка». Так считают и многие российские пациенты с бронхиальной астмой, запорами, сахарным диабетом. Тогда почему же существует, развивается и помогает больным аутистическая психосоматическая медицина? Потому что не жизненна она только с точки зрения очень трезвого клинициста, но с точки зрения диалектика эта «сказка» имеет свой, в том числе, психотерапевтический смысл, «смысловую перспективу». Существует немало соматических пациентов аутистического или просто художественного склада,

требующих по природе своей для своего душевного успокоения и просветления не реалистически-трезвого, а именно психоаналитически-аутистического, «сказочного» объяснения своих неосознанных переживаний, символического толкования происхождения своих соматических расстройств. И психоаналитически-психосоматическое объяснение помогает таким пациентам более существенно, нежели трезво-реалистическое объяснение, гипнотические сеансы и аутогенная тренировка. Таким образом, необходимость аутистической психосоматической медицины обусловлена существованием (в том числе, и в нашей стране) немалой группы соматических пациентов, психотерапевтически в ней нуждающихся, так же как необходимость религии обусловлена существованием людей, способных по природе своей (не только по воспитанию) получить в религиозном переживании подлинное утешение. Однако ясно и то, что аутистическая психосоматическая медицина не есть область клинической медицины, что существует наряду с ней клиническая психосоматика и клиническая психотерапия соматических больных. Общее в клинической и психоаналитической (аутистической) психосоматиках — целостный подход к душевному и телесному в соматически больном человеке. Разница — в толковании связи между душевным и телесным: трезво-реалистическое с ощущением и убежденностью в первичности телесного (диалектико-материалистическое) или аутистически-символическое с ощущением и убежденностью в первичности, изначальности духовного (диалектико-идеалистическое толкование). Если в последнем случае органический синдром всегда символически порожден изначальным душевным конфликтом, разыгрывающимся как бы вне конкретного душевно-телесного конституционального типа пациента, то клиническая (естественно-научная) психосоматика (с ее материалистическим ощущением первичности материи, сомы) именно из определенных телесных конституциональных особенностей выводит определенные душевные особенности (не содержание переживаний, которое питается общественной жизнью, а характерологические, личностные *особенности* этих переживаний, обусловленные особенностями тела). Таким образом, клиническая психосоматика тесно связана с учением о конституциях, потому что человек определенного душевно-телесного конституционального типа несет в себе и предрасположенность к определенным (во всяком случае, не «внешним» — вирулентная инфекция, травма и т. п.) заболеваниям, и предрасположенность к определенным особенностям клиники, динамики, прогноза этих болезней, если они придут. И возможно даже предположить особенности деонтологических от-

ношений с этим заболевшим человеком, особенности его лечения (в том числе, психотерапии). Например, как бы ни был напряжен душевно в ситуационных конфликтах человек среднего возраста психастенического склада со своей конституциональной вегето-сосудистой дистонией, он, как правило, не оказывается больным гипертонической болезнью, но с известной легкостью, особенно в случае неполноценного питания, может заболеть туберкулезом легких. Тоже тревожный, но без выраженной вегетативной неустойчивости человек синтонно-пикнического типа, в том же возрасте предрасположен к гипертонической болезни, диабету — особенно в ситуации длительного конфликтного напряжения. Возможно также предположить особенности деонтологических отношений с этим заболевшим человеком, особенности психотерапии. Психотерапия может здесь быть и аналитической (психоаналитической), но — в соответствии, например, с определенными аутистическими личностными особенностями пациента, располагающими к психоанализу в духе одной из психоаналитических школ и даже к доморощенному психоанализу. Важные особенности в каждом случае, в зависимости от конституционального склада, имеет и психотерапевтическая помощь безнадежно больному, умирающему человеку. Несомненно, тут много тонкого, сложного, неизведанного, существуют путающие картину вариации и синтонных, и психастенических, и других типов, но чем более погружаешься в эту область клинической психосоматики, органически связанную с клинической психотерапией (т. е. психотерапией, отправляющейся от клинических, конституционально-приспособительных особенностей, включая сюда и личностную почву), тем яснее становится, что это — самостоятельная, бесконечная научная область, открывающая все новые, все более подробные закономерности, дополняющие, развивающие, «снимающие» (в философском смысле) одна другую. В то же время, аутистическая психосоматическая медицина состоит из отдельных замкнутых в себе концепций-ориентаций, подобно тому, как другая аутистическая область — религия — состоит из различных, так же замкнутых, не развивающих одно другое религиозных течений.

Именно в Германии и России по причине прежде всего реалистически-материалистических особенностей ума многих немецких и русских исследователей, исторически-традиционным глубоким связям между нашими и немецкими медиками (немецкие врачи нередко становились самоотверженными русскими врачами подобно Гаазу) развивался неотделимый от учения о конституциях подлинный тонкий клиницизм с пристальным вниманием к типологическим свойствам чело-

века. С.Г. Зыбелин (1954) в своей работе «Слово о сложениях тела человеческого и о способах, как оные предохранять от болезней» (1777), видимо, впервые так проникновенно, в духе клинической психосоматики описывает гиппократовские темпераменты. К началу нашего века концепция нервизма (И.М. Сеченов, С.П. Боткин, И.П. Павлов), отечественные работы о конституциях (В.П. Крылов, А.С. Виренриус, В.Н. Шевкуненко), яркие психотерапевтические исследования интерниста А.И. Яроцкого и российская клиническая пограничная психиатрия, внимательная и к соме пограничных пациентов (И.А. Сикорский, С.А. Суханов, П.Б. Ганнушкин), проникая друг в друга, — и составили российскую основу клинической естественно-научной психосоматики. В 1921 г. вышла в Германии знаменитая книга Э. Кречмера «Строение тела и характер», в которой классически описаны (включая телесно-характерологические варианты душевного здоровья и генетически связанные с ними патологические варианты «в одни большие рамки») душевно-телесные конституциональные типы с особенностями строения лица, черепа, волосяного покрова и т. д., описаны эндокринные особенности, особенности внутренних органов и сообразно этому — предрасположенность к различным внутренним заболеваниям. Особенно подробно в отношении внутренней медицины все это изложено на многолетнем опыте уже в посмертном издании книги, выпущенном с добавлениями сына — Вольфганга Кречмера. Книга Э. Кречмера пришла в нашу страну на подготовленную клинической родственностью почву. Ее суть, детали, клиническая музыка тут же проникли в работы многих наших исследователей и стали живо развиваться (П.Б. Ганнушкин, А.И. Ющенко, Е.К. Краснушкин, А.А. Богомолец). Так, А.П. Гриднев, хирург из г. Гори, в своей статье (1928) описывает, как по-разному ведут себя на операциях люди разных конституциональных типов: «В то время, как широкогрудые спокойно относятся ко всем предварительным манипуляциям — бритью и подготовке операционного поля, бесстрашно ложатся на операционный стол и без колебаний позволяют начать наркоз, а в послеоперационном периоде довольно равнодушно относятся ко всем осложнениям, узкогрудые* — волнуются, боятся операционной и всех приготовлений, сбрасывают с лица хлороформную маску, о каждом, даже пустячном осложнении со страхом расспрашивают и не

* Гриднев опирается здесь на известные в то время, примерно совпадающие друг с другом классификации противоположных конституциональных типов: «узкогрудый и широкогрудый (Brugsch), тип будущего и тип прошлого (Mathes), астеник и пикник (Kretschmer)» (с. 60).

позволяют прикоснуться к оперированной области» (с. 65). Важно для нас и резюме этой удивительной, ставшей библиографической редкостью статьи доктора Гриднева. «*Узкогрудый*: наркоз протекает гладко, при относительно малом потреблении хлороформа; в полунаркозе — шок; операция относительно кровоточива; среди осложнений послеоперационного периода часты: метеоризм, задержка мочеиспускания; живая психическая реакция на все моменты больничного режима; заживление операционной раны течет нормально. *Широкогрудый*: потребляет много хлороформа, проделывая более или менее резкий период возбуждения; сердце малостойко по отношению к хлороформу; в полунаркозе — рвота; операция и послеоперационный период протекают относительно гладко; при появлении осложнений оказывается, однако, менее выносливым, чем узкогрудый» (с. 66).

В Германии тонко-клинически развивал работы Э. Кречмера в соматологии Матес (M. Mathes). Вот маленький, но характерный пример его клинико-психосоматических описаний. «Пикничка рано старится, но остается вечно молодой. Ее волосы рано седеют, ее тело приобретает часто обременительную полноту, но она остается такой же живой, как осталась ее душа. Врагами тела стареющей пикнички являются карцинома, апоплексия и бронхит. Но душа ее не имеет врагов, если не считать периодических легких состояний дурного настроения, какие бывают даже у совсем здоровых детей. И даже когда эти состояния длятся долго, они никогда не бывают такими мучительными, как у интерсексуальных женщин. Пикничка остается по-прежнему приветливой, трогательной и привлекательной» (цит. по А.А. Богомольцу, 1928, с. 31).

Работ о конституциональных типах с изучением конституциональной предрасположенности к определенным соматическим заболеваниям было множество и до книги Э. Кречмера и после (см. обзоры этих работ: Клиорин А.И., Чтецов В.П., 1979; Пенде Н., 1930), но подавляющее большинство из них затрагивали либо лишь биологическую грань конституционального типа, либо описание душевных особенностей не несло в себе живого клинического движения мысли, обусловливающего свойственное клиницисту умение видеть телесное и душевное в сложной реалистической взаимосвязи. Когда, например, Уильям Шелдон (W. Sheldon, 1940) подробно-неутомимо, в прагматически-американском духе психометрически дробит-квантифицирует душевную индивидуальность, она ускользает от нас, ускользает неповторимость в повторяемости, самая соль личности, и остается в подробностях описанное тело как пустая сложнейшая коробка для живой личности. Шелдон, видимо, именно чувст-

вует тело как коробку, приемник духа, а для Э. Кречмера тело — источник духа. Американские довольно общие описания поведенческих типов А и В в связи с «коронарной сердечной болезнью» (Роусенмен, Чесни — R. Rosenman, M. Chesney, 1980) так же недостаточно клиничны в нашем смысле. В особенно предрасположенном к «сердечным приступам» типе А, например, можем только угадывать известных нам из клинической психосоматики конституциональных синтонных людей (циклоидная акцентуация). Лишь у Э. Кречмера и истинных его последователей обнаруживаем клинически схваченную характерологически-телесную суть конституционального типа с заложенными в ней «предрасположенностями» к болезням, клиническими особенностями будущих болезней, особенностями их прогноза и лечения. Именно потому, что характерологические особенности описываются здесь клинически, на основе телесных особенностей, с ощущением первичности сомы (а не как изначальные духовные сущности), они убедительны для врача как явственное телесно-душевное ядро типа, которое возможно разглядеть сквозь различные инородные наслоения, «примеси».

Мог бы назвать следующие достаточно отчетливые здоровые конституциональные типы по структуре своей похожие на соответствующие психопатические: 1) напряженно-авторитарные характеры + атлетическое, атлетоидное сложение (душевно-телесными особенностями напоминают в патологии эпилептоидов); 2) сангвинические характеры + пикническое сложение (напоминают циклоидов); 3) замкнуто-углубленные характеры + лептосомное сложение (напоминают шизоидов); 4) застенчиво-раздражительные характеры + астеническое, лептосомное, лептосомно- или астено-диспластическое сложение (напоминают астеников); 5) тревожно-сомневающиеся характеры + астено- или лептосомно-диспластическое сложение (напоминают психастеников); 6) педантичные характеры + атлетоидно- или лептосомно-диспластическое сложение (напоминают ананкастов); 7) ювенильно-неустойчивые характеры + грацильное сложение (напоминают неустойчивых психопатов); 8) ювенильно-эгоцентрические характеры + грацильное сложение (напоминают истерических психопатов); 9) простодушные характеры + атлетоидно-диспластическое сложение (соответствуют органическим психопатам) (Бурно М., 1990).

Из клинической психосоматики естественно выходит клиническая психотерапия соматических расстройств. Психоаналитическим, экзистенциальным, психологическим, религиозным, гуманистически-психологическим, трансперсональным и другим психотерапевтическим воздействиям, основывающимся на убежденности в первичности, изначаль-

ности духа в отношении к телу, противопоставляется здесь не менее сложное и тонкое психотерапевтическое вмешательство, идущее от первичности сомы, клинической картины, включающей в себя как почву и личностные, и телесные особенности. Здесь психотерапевт вводит пациента в свое клиническое, диалектико-реалистическое, оптимистическое мироощущение или указывает ему иные пути выхода из психосоматической напряженности (в том числе психоаналитические, религиозные), соответствующие его складу. В последнее время клиническая психотерапия основательно углубляется, усложняется, делается более одухотворенной, вбирая в свой арсенал многое из духовного опыта человеческой культуры (Природа, Искусство, Творчество). Совершается системно то, что, в сущности, проповедовал в начале века на своем опыте работы с соматическими больными А.И. Яроцкий.

Итак, давно существует и, конечно, имеет право на существование наряду с аутистически-идеалистической (психологической — в широком смысле) психосоматической медициной — естественно-научная, реалистически-материалистическая, клиническая психосоматическая медицина, психосоматика, сливающаяся с клинической психотерапией. Она изучает конституционально-типологические душевно-телесные особенности соматического пациента, обусловливающие известную предрасположенность к определенным заболеваниям. Эти особенности участвуют в построении внешней и внутренней картины болезней. С ними тесно связан характер деонтологического подхода и лечения (в том числе и психоаналитического (клинический анализ), а не только внушение и разъяснение). В безнадежных случаях психотерапевтические воздействия, сообразные особенностям мироощущения пациента, помогают ему хотя бы душевно как можно легче уйти из жизни (если умирает в сознании и без мучительных болей). Возможно, в будущем, с развитием клинической психосоматики, полный диагноз соматического заболевания отразит в себе и практически важную оценку душевно-телесного конституционального типа.

7.6. Терапия творческим самовыражением на Одесщине (1998) [109)]

Американский терапевт Джозеф Прэтт (Joseph Pratt) в начале века в Бостоне стал собирать больных туберкулезом (а потом и больных другими соматическими болезнями) по 15—20 человек в группы («классы»). Он рассказывал пациен-

там об их болезни, о том, как жить, чтобы жизнь способствовала выздоровлению, улучшению состояния. Прэтт выслушивал тревожные опасения пациентов, побуждал пациентов к взаимному психотерапевтическому обсуждению их трудностей. Пациенты в классах благотворно-целебно сдруживались между собою, заряжаясь оптимизмом. Поднималась организмическая сопротивляемость болезни.

Группы (классы) Прэтта стали распространяться в мировой медицинской практике (в том числе в психиатрии). Сегодня, например, многие хронические соматические больные (особенно больные сахарным диабетом) занимаются-лечатся в специальных «школах для пациентов».

Терапия творческим самовыражением (ТТС) своими лечебными группами пациентов отчасти происходит и из классов Прэтта. Существенное отличие состоит в том, что разнообразные наши пациенты, изучая свои хронические расстройства, одновременно изучают свои и чужие душевные особенности и расстройства известных в истории человеческой культуры творческих людей. Делается это для того, чтобы более целенаправленно, свойственно своей природе, оживлять, возбуждать собственные творческие способности, переживания, дабы формировалось более или менее стойкое творческое мироощущение-вдохновение, обретался (или уточнялся) смысл своей жизни, своего предназначения, поднимался свет любви-доброжелательности к миру. Этот духовный свет для клинициста неразделим с усилением психосоматической сопротивляемости болезням.

ТТС бесконечно разнообразна в своих долгосрочных (2—5 лет) и краткосрочных (до 3—4-х месяцев) вариантах, сложна и проста в зависимости от душевной (духовной) сложности пациентов: философы, искусствоведы, физики-теоретики или несчастные, неразвитые дети в неврологическом санатории. Однако в любом случае пациенты в ТТС под руководством врача (клинического психолога) постигают свои душевные особенности, чтобы легче было «нащупать» (излишне не блуждая в попытках творчества) именно *свои* способы творческого самовыражения. Например, дети в ТТС, изучая душевные особенности, нередко даже сами приходят к тому, что у кого-то из них «характер Лермонтова», у кого-то «характер Пушкина», у кого-то «характер Волка», а у кого-то «характер Медведя». И это помогает быть собою и в творчестве. Ведь даже при обучении профессиональному творчеству (живопись, исполнительское музыкальное творчество и т. д.) обучающийся поначалу под руководством педагога, подражает мастеру, который ему личностно более созвучен (поскольку он более похож на этого мастера рисунком души). Таким

образом человек находит свой «творческий круг», круг братьев по личностно-творческой дороге. Но осознав-прочувствовав это душевное, характерологическое, духовное сродство, остаешься «внутри» этого определенного общего с мастером характерологического радикала-стиля, определенного хронического душевного расстройства — неповторимым самим собою, как и «внутри» своего «мужского» или «женского», «старческого» и т. п. Как помогает пациенту в целебном творчестве осознанное чувство мужчины, так помогает ему еще глубже переживать *свое* творческое вдохновение, мироощущение осознанное чувство своего аутистического или психастенического. В серьезной, углубленной ТТС не стоит бояться подражательства. Лермонтов потянулся к созвучному ему Байрону и от этого стал еще больше Лермонтовым.

Столько художественных и научных книг на Земле, столько журналов, газет, драматических спектаклей и опер, столько произведений живописи в музеях и альбомах, столько музыки, а жизнь в любом случае не долгая и надобно зарабатывать по много часов в день на хлеб насущный (нередко совсем не творческим способом). ТТС дает возможность, изучив себя среди других людей, не теряться, не захлебываться в калейдоскопе Культуры, научившись находить в Культуре и Природе сравнительно немногое, но созвучное себе, родственное, то, что помогает быть собою с неизменным при этом сиянием творческого целебного вдохновения. И тогда механическая прежде работа, например, курьера или продавца, может превратиться в целебно-творческие путешествия по улицам или в творческое, личностное общение с разнообразными покупателями.

Как автор ТТС, душевно благодарю одесских врачей, психологов, педагогов, уже более десяти лет, по инициативе прежде всего доцента Евгения Антоновича Поклитара, помогающих своим пациентам и здоровым людям Терапией творческим самовыражением, публикующим научные работы об этом. Развитию, распространению ТТС на Одесщине серьезно способствовали Центр психотерапии и деонтологии Областной клинической больницы (главный врач В.П. Гогуленко), Консультативный организационно-методический отдел Областного психоневрологического диспансера (заведующий — В.З. Зубаренко) и Республиканская школа передового опыта при клиническом санатории им. Октябрьской революции (руководитель — А.Е. Штеренгерц). Об опыте успешного применения ТТС в модификации В.С. Битенского при лечении шизофрении сообщает Л.И. Бурчо (1998), при лечении алкоголизма — Я.Н. Воробейчик и Л.Н. Зайцева (1997), при лечении сахарного диабета — А.С. Романов (1991). Под руководством академика Александра Ефимовича Штеренгерца

разработаны варианты ТТС для лечения детей с хроническими неврологическими заболеваниями в санаторной практике и стационарах лечебно-профилактических учреждений, в частной медицинской практике (Штеренгерц А.Е., 1990; Мачевская Н.М., Вепрюк И.Г., Жукова Н.Е., 1994; Бреева Г.Г., Фролова С.Д., 1997; Штеренгерц А.Е., Катков В.Г., Ройз И.Е., 1997; Прусс В.П., Данилова Т.В., 1998; Унанов А.А., 1998). Под руководством заведующего кафедрой фтизиопульмонологии Медицинского университета профессора Ованеса Нерсесовича Нерсесяна и главного врача облтубдиспансера Виталия Васильевича Филюка разработаны варианты ТТС, включенные в комплексное лечение больных туберкулезом в стационарных и санаторных условиях (Нелин В.Н., Нерсесян О.Н., Мастеров Г.Д., Поклитар Е.А., Штеренгерц А.Е., 1991; Ян В.И., Ройз И.Е., 1994; Филюк В.В., Старшинова Е.Н., Поклитар Е.А., 1996; Гажий Н.Б., Нерсесян О.Н., Поклитар Е.А., Старшинова Е.Н., Филюк В.В., Штеренгерц А.Е., 1997). Как рассказывают мне, довольно широко применяется созданный в Одессе профилактический, психогигиенический вариант ТТС — и не только врачами, но и психологами, преподавателями высших учебных заведений, учителями школ при воспитании, обучении больных и здоровых детей (Ян В.И., 1990; Поклитар Е.А., Орловская Л.В., Штеренгерц А.Е., 1996; Ян В.И., Штеренгерц А.Е., Поклитар Е.А., Катков В.Г., Воробейчик Я.Н., Бурчо Л.И., 1996; Воробейчик Я.Н., Поклитар Е.А., Ян В.И., Штеренгерц А.Е., Лановая С.В., 1997; Тодорова О.Н., Конькина О.Л., Тифтилова А.Л., 1997; Конрад-Вологина Т.Е., Поклитар Е.А., 1997). Указанный вариант включен и в работу специальных «школ психогигиенического обучения» (Зубаренко В.З., Поклитар Е.А., 1990; Катков В.Г., 1990; Поклитар Е.А., 1990; Поклитар Е.А., Терлецкий А.В., Чиянов В.Ф., 1997; Терлецкий А.В., Чебан А.Г., 1991; Жила К.Д., 1991; Зайцева Л.Н., 1991; Ивашук Ю.Д., 1991; Поклитар Е.А., Штеренгерц А.Е., 1991; Ратовский И.И., 1997). В общекурортном кабинете эстетотерапии, созданном Л.Н. Зайцевой, приемы ТТС работают с 1983 года (Романов А.С., Зайцева Л.Н., Москети К.В., 1987). Некоторые работы посвящены научному доказательству достаточно высокой эффективности ТТС (Поклитар Е.А., Псядло Э.М., 1990; Нерсесян О.Н., Степула М.И., Мастеров Г.Д., Смокин В.Д., Нелин В.Н., 1991; Поклитар Е.А., Псядло Э.М., 1997).*

---

* Предполагаю дать полный список работ по ТТС (на тот текущий день) в будущей книге «Школа Терапии творческим самовыражением».

Глава 8
ЗАВТРАШНЯЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

8.1. Терапия творческим самовыражением в Профессиональной Психотерапевтической Лиге (1999) * [125)]

Наша Лига объединяет психотерапевтов по своей природе, независимо от специальности. Не только врач, психолог, но и медицинская сестра, педагог, инженер, философ, филолог, искусствовед, техник могут найти в Лиге свою психотерапевтическую ступеньку и совершенствоваться в выбранной по душе области психотерапии. Такое возможно, понятно, лишь в психотерапии, поскольку вся наша жизнь, тут и там, с помощью друг друга, с помощью Природы и Искусства, есть больше или меньше, психотерапия, но, конечно же, не хирургия, не кардиология и т. д. Мне легче будет рассказать о том, о чем хочу, уточняя некоторые термины.

Психотерапия есть лечение душою. Душою профессионального психотерапевта, или, например, психотерапевтически помогает себе депрессивный человек без психотерапевтической профессии, но способный стихийно своею душой целебно для себя преломить-увидеть заросли крапивы у забора, усыпанные красными божьими коровками.

Профессиональная психотерапия, для меня, есть научное искусство. Согласен с Б.А. Воскресенским в том, что психотерапия — «лечение переживаниями» (Воскресенский, 1997). Научное искусство — это значит, что переживание психотерапевта и все то, во что это переживание воплощается (психотерапевтические приемы, психотерапевтическое поведение вообще), направляется научным мироощущением-мировоззрением психотерапевта: клинико-реалистическим, идеалистически-аутистическим, полифонически-эклектическим. Однако лишь направляется, но не диктуется побуквенно, иначе не будет места переживанию-искусству и, значит, психотерапии.

Существо **Терапии творческим самовыражением** (ТТС) — в лечебном преподавании людям, страдающим разноликим по своему происхождению переживанием неполноценности

---

* Доклад на международной конференции «Психотерапия сегодня» (26–28 февраля 1999 г., Москва).

(дефензивностью), элементов клинической психиатрии, психотерапии, характерологии, биологии в многообразном творческом самовыражении. Делается это с целью обнаружить, почувствовать, осознать свойственный своей природе определенный стиль творческой жизни, сформировать свои приемы творческого оживления души (целебного личностного вдохновения). Изучаем хронические депрессивные, тревожные, навязчивые, деперсонализационные и другие душевные расстройства, а также характерологические радикалы, — дабы было на что опереться, развиваясь как творческий меланхолик, творческий аутист, творческий психастеник, творческая полифоническая личность и т. д. Обретая при этом именно свой, свойственный твоей природе аутистический, психастенический, полифонический и т. д. жизненный смысл, человек остается духовно свободным и неповторимым, насколько можно быть свободным и неповторимым в пределах своего возраста и пола, следуя своей природе. Тридцать пять лет психиатрически-психотерапевтического опыта доказали мне, что люди с тягостно-дефензивными переживаниями, нередко неосознанно, как правило, стремятся к подробному изучению своей дефензивности, своих иных характерологических свойств, тревожно-депрессивной, деперсонализационной и т. д. патологии. Стремление это, видимо, объясняется часто стихийно-подспудным поиском своей более счастливой жизненной ниши. В этой нише поднимается утверждающее в жизни творческое вдохновение, в котором всегда светятся Любовь и Смысл.

Возможно ли стать профессиональным психотерапевтом в ТТС человеку без медицинского образования? Поначалу был я убежден в том, что только клиницист способен вершить эту клиническую терапию творчеством, поскольку слишком многое зависит здесь, в дифференцированной психиатрической психотерапии, от дифференциальной диагностики, а кроме того, у дефензивных пациентов обычно немало ипохондрических жалоб, нередко суицидальные порывы и т. п. Однако давно уже заметил, что особенно в тех случаях, когда ТТС помогает основательно, пациент тянется помочь «товарищу по несчастью» так, как помогли ему, и эта помощь товарищу, в свою очередь, углубляет улучшение самого пациента (Бурно М., 1989, 1992)*. Стали возникать, даже как-то сами собою, амбулаторные и домашние группы творческого самовыражения, руководимые пациентами в стойкой ремиссии или компенсации. Пациенты эти научно обобщают в печати свой опыт работы. Наконец, независимо

* См. работу 3.13.

от меня, ТТС стали применять лечебно, психопрофилактически, педагогически врачи-соматологи, арттерапевты, педагоги, философы. Постепенно я согласился с тем, что лечебное преподавание хронических психопатологических расстройств и характеров может происходить в ТТС на различных уровнях, в разнообразных формах. Даже в детском саду возможно преподавать, например, характеры как характеры Волка, Лисы, Медведя и других животных из народных сказок. А в школе, оказывается, — как «характер Пушкина», «характер Лермонтова», «характер Чехова» и т. д. Важно лишь опереться на что-то твердо-постоянное, понятное как особенность, характер — тем, с кем занимаешься. И важно здесь постоянное содружество психотерапевта-неклинициста с клиницистом.

Таким образом, и не-медик, при условии прирожденной склонности к клиническому мироощущению и духовной культуре, прошедший в Лиге курс ТТС, важнее всего в виде психотерапевтических мастерских, в одухотворенно-камерной обстановке, то есть прочувствовавший ТТС на себе самом, способен показать уже теперь своим пациентам или просто людям с дефензивными трудностями — как именно особенности хронических психопатологических расстройств и характерологические радикалы обнаруживают себя в творчестве известных художников, ученых и участников его психотерапевтической группы, как возможно поучиться у, тоже дефензивных, знаменитостей, сообразно своим особенностям, помогать себе творчеством, то есть искать-нащупывать свою творческую тропу, свой творческий смысл жизни. Для этих занятий есть уже специальные учебные пособия и еще будут новые. Вышли уже и будут выходить сборники целебного художественного творчества и очерков, статей о ТТС, составленные из произведений пациентов и психотерапевтов.

Консультации с клиницистом необходимы и по поводу возможного сопровождающего ТТС назначения психотерапевтом не-медиком здоровым и пациентам лекарственных трав и биологически активных добавок (Бурно М., 1998)*.

Освоивший в Лиге основы ТТС психотерапевт не-врач и не медицинский психолог, конечно же, не сможет, в соответствии с нашим законодательством, вести самостоятельный прием дефензивных пациентов в государственном или частном психотерапевтическом кабинете. Однако в содружестве с клиницистом или медицинским психологом он волен психопрофилактически, психогигиенически помогать прие-

* См. работу 3.21.

мами Терапии творческим самовыражением, во-первых, себе самому и своим близким. Так, кстати, известный помещик-энциклопедист, ученый-любитель А.Т. Болотов — в конце XVIII века, в духе того времени, лечил себя и близких творчеством, общением с природой и писал серьезные, задушевные работы об этом (Бурно М., 1989). Специалист со средним медицинским образованием, как известно, может получить после «соответствующей подготовки» целительскую лицензию на занятия («под контролем врача») такими «традиционными системами оздоровления», как «музыкотерапия, ароматотерапия, цветотерапия, медитация, психоэнергосуггестия и т. п.». В это «и т. п.» вполне могут поместиться элементы Терапии творческим самовыражением (Вестник народной медицины России, 1996, № 3, с. 41, 43). Во-вторых, психотерапевт не-врач и не-психолог волен широко-дружески помогать приемами ТТС по их просьбе людям, которым это показано, организуя из них товарищеские группы творческого самовыражения (особенно если он педагог, филолог, философ). Это, думается, должно приветствоваться государством как проникновение психогигиены, психопрофилактики, здорового, творческого образа жизни в население. Могут быть еще и другие тут возможности — применить то, чему научился. Лига, секция ТТС, которой руковожу, посильно постарается помочь своим психотерапевтам в этом нашем деле.

8.2. О существе подлинной (специфически-человеческой) психотерапии (1999) * [137)]

Недавно в русском переводе увидела свет выпущенная издательством «Шпрингер» в 1996 г. необычная книга о теории психотерапии — «Психотерапия: новая наука о человеке» (1999). Редактор-составитель книги Альфред Притц — Президент Всемирной Организации Психотерапии, Генеральный секретарь Европейской Ассоциации Психотерапии. В этой книге европейские авторы обсуждают, в основном, два вопроса: 1) наука ли психотерапия? и 2) самостоятельная ли психотерапия дисциплина?

Первый вопрос, по-моему, неразрешим, так же как этот же вопрос, например, о медицине или философии. Наука, в отличие от искусства, по-моему, есть, прежде всего, мыс-

* Доклад на II Научно-практической конференции «Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого — взгляд в будущее» (6–8 мая 1999 г., Москва).

ли, которые возможно уложить в формулы, уже более или менее освобожденные от творческого переживания ученого. Психотерапевтические же мысли личностно окрашены, одухотворены. Иначе в них нет своей, психотерапевтической, четкости-силы. Алгоритм не дышит переживанием, а, например, психоаналитические образы нередко дышат, светятся личностью психоаналитика, поскольку субъективны, как стихи, сколько бы ни стремились многие психоаналитики, подобно Фрейду, представиться холодновато-объективными следователями. Возможно ли измерить, вычислить духовное психотерапевтическое переживание или духовную ипостась влюбленности, в отличие от их конкретных результатов? Научна ли субъективная концепция, «субъективная истина»? Не слишком ли субъективно-личностна личностная психотерапия — для науки? Принизится ли психотерапия тем, что не будет признана наукой, а лишь — научным искусством? Один мой знакомый ученый-кибернетик как-то признался мне: «Я всю свою жизнь посвятил измерению, вычислению, а вчера в театре на спектакле по пьесе Шекспира готов был встать на колени перед тем, что измерить и вычислить невозможно.» И, наконец, разве искусство порою не приближается к науке тем, что хотя и творческими образами-переживаниями (не умозаключениями), а все же замечательно вскрывает закономерности жизни (в том числе, душевной)? Ясно здесь для меня одно: для кого субъективное есть частица Высшей Личности, а не «излучение», «сияние» конкретного природно-саморазвивающегося человеческого тела, — для того и психотерапия — истинная наука, целебная теория.

Второй вопрос — является ли психотерапия самостоятельной специальностью в культуре — не только теоретичен, но и практически насущен. В зависимости от ответа на этот вопрос практическая психотерапия будет развиваться далее так или иначе. Авторы книги вместе с самой жизнью отвечают на этот вопрос утвердительно. В самом деле, в наше время уже немолодого тревожного Человечества помогают людям, по необходимости, не только врачи и психологи, но и другие профессионалы, имеющие отношение к человеческой душе, — педагоги, священники, философы, социологи, музыканты, писатели, художники.

В чем же, в таком случае, состоит специфическая сердцевина подлинной психотерапии — то существенное в ней, чего нет в такой отчетливости ни в медицине, ни в психологии, ни в педагогике, ни в других профессиях, способных помогать человеку средствами души другого человека? Яснее других, как думается мне, отвечают в указанной книге на

этот вопрос Альфред Притц и Хайнц Тойфельхарт. Они подчеркивают, что «психотерапевтическое познание возможно лишь в конкретном межличностном контакте между психотерапевтом(-ами) и пациентом(-ами)». «Только те познания, — уточняют авторы, — которые могут быть осознаны и понятны на уровне *переживания* (курсив мой — *М. Б.*), для пациента настоящие познания. Психотерапевтическое познание всегда субъективно и никогда не объективно. Оно становится по-настоящему понятным только в общем контексте пространства-времени и конкретной личности. (...) Большие участки психотерапии (...) не могут быть переведены на язык естественных наук. Это объясняется тем, что принципы естественных наук — обобщение и абстрагирование, а психотерапию интересует, напротив, специфически личное» (с. 13, 27). Кстати, московский психиатр Б.А. Воскресенский давно уже говорит о психотерапии как о «лечении переживаниями» (Воскресенский, 1997).

Таким образом, думается, можно сказать, практически уточняя, толкуя выше сказанное, что подлинная психотерапия есть непосредственное целебное взаимное проникновение друг в друга личности психотерапевта и личности того, кому он помогает. Ведь только живой личностью возможно серьезно собрать-оживить другую, аморфную, рассыпанную или потускневшую личность. Личность всегда уникальна, и переживание всегда личностно. А «целебное» шире «лечебного»: не только и не просто лечить больное, а вообще способствовать целостности, целокупности человека, то есть помогать ему, более или менее разлаженному, становиться собою в большом и малом. А это есть творческое оживление индивидуальности, вдохновение, в котором живут Любовь и Смысл. Впрочем, в целебном личностном взаимопроникновении уже с самого начала светится Любовь. В телесном отношении все это — выплеск бесценных лекарств из природных аптек, лекарств, не сравнимых своей тонкой подробной силой с фабричными. Это сущностное целебное личностное взаимопроникновение (иногда совершающееся даже в «бесстрастном» психоанализе) и есть то специфическое психотерапевтическое, что не является сутью медицины, психологии, педагогики, теологии и других профессий, связанных с человеческой душой, но способно в каждой из них посвоему работать. Таким образом, самостоятельная профессия — психотерапия — предполагает разнообразие подходов (связанных с разными базовыми профессиями) внутри себя, при общей, личностной, сути.

В свое время я полагал, что без этого творческого, вдохновенно-личностного и, значит, с Любовью взаимопроник-

новения (при твердой внутренней дистанции, препятствующей самоубийственному превращению психотерапевтического искусства в жизнь, то есть в обычную любовь, дружбу) невозможна моя Терапия творческим самовыражением (Бурно М., 1989, с. 64). Однако, по-видимому, эта личностная специфика есть суть подлинной (специфически-человеческой) психотерапии вообще.

Психотерапевту, таким образом, предназначено искренне стремиться входить своим личностным переживанием в личностное переживание того, кому помогает. Убежден, что при этом психотерапевт сам получает психотерапевтическую помощь. Достаточно глубокие личностные психотерапевтические подходы, по существу, и есть различные личностные картины психотерапевтов-творцов, помогающих прежде всего себе своим особым насущным образом, благодаря своим пациентам, людям с душевными трудностями («клиентам»). Об этом убедительно рассказывает мировая история личностной психотерапии (Бурно М., 1992).

В чем же следует, исходя из всего этого, совершенствоваться психотерапевту для своей насущной практики? В изучении-чувствовании личности — своей и того, кому помогает. Думается, именно в этом смысле Карл Ясперс отмечал, что «психотерапевт должен сделать предметом своей психологии самого себя — в той же мере и с той же степенью глубины, что и своих пациентов» (Ясперс, 1997, с. 977).

Интерес психотерапевта к тому или иному подходу к личности (клиническому (то есть с опорой на характерологические радикалы), психоаналитическому, экзистенциальному и т. д.) тесно связан с мироощущением. Невозможно глубоко изучить в с е эти подходы: глубоко разбираться в клиническом учении о личности и одновременно в разнообразных психологических теориях личности. Невозможно по человеческой природе: выше себя не прыгнешь. Важно изучить с в о е, к чему предрасположен своей природой, мироощущением, а об остальном иметь четкое краткое представление для сравнения со своим и обогащения, углубления, уточнения своего с помощью этого сравнения.

Наконец, как же быть с психотерапевтическими подходами, не включающими в себя более или менее углубленную личностную взаимную работу в отмеченном выше смысле? Это прежде всего — психотерапевтическое наведение измененных состояний сознания, в которых личность (в реалистическом ее понимании) попросту расплывается (восточная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, гипноз, трансперсональная психотерапия и т. д.) и «техническая» психотерапия (поведенческая, нейролингвистическое



программирование). Следует, впрочем, оговориться, что и здесь порою возможно серьезное целебно-личностное взаимодействие (например, одухотворенно-личностные формы гипнотического внушения, психотерапевтическая личностная строгая задушевность в поведенческой психотерапии). Однако, конечно же, в большинстве случаев эти психотерапевтические воздействия, симптоматически помогая, не несут в себе личностной специфики подлинной психотерапевтической профессии как науки или научного искусства. Они есть в психотерапии техническое необходимое подспорье из области усовершенствованной специалистами народной медицины или психофизиологической техники. Подлинная психотерапия — это специфически человеческая психотерапия. А психотерапией в широком смысле (включающей в себя и неличностную психотерапию), психотерапией как просто лечением средствами души (в том числе несложной телесно-ориентированной психотерапией) возможно помочь и человеку, и дефензивному (меланхолическому) животному, и это по-своему прекрасная психотерапия.

8.3. О терапии духовной культурой (1999) * [135)]

В.В. Макаров в «Избранных лекциях по психотерапии» (1999) отмечает, что психотерапия «станет неотъемлемой частью культуры страны» (с. 410). Это положение мне, конечно же, по душе. Потому что если культура становится все более психотерапевтической, то и психотерапия становится все более культурной.

Что значит — «культурной»? Дикая утка — это Природа, а деревенский сарай — Культура. Невозможно оторвать духовную культуру от материальной. Дома, автомобили, сельскохозяйственные культуры обычно, хоть немного, являют собою духовные особенности создавших их людей, частицы духа народа. Объясняется это тем, что человек (если, конечно, он работает по-человечески, а не заменяет собою машину, компьютер) делает все, что он делает, неповторимо-бездонно *по-своему*, сообразно сложности, глубине *своей*, все-таки всегда более или менее творческой, личности. Однако в узком, подлинном смысле «культура», как известно, есть не культура микроорганизмов или тканей, а мир духовной жизни людей. Именно это мне хочется подчеркнуть в

* Доклад на III Научно-практической конференции «Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого — взгляд в будущее» (3—4 октября 1999 г., Москва).

своем названии этой обширной области сегодняшней психотерапии — Терапия духовной культурой (ТДК).

Психотерапия профессионалов — это профессионально-целительная работа души. Она далеко не всегда есть в истинном смысле Терапия духовной культурой. Основу ТДК составляет *креативный* (от креативность — творческость) психотерапевтический механизм (Бурно М., 1995)*. Не суггестивный, не когнитивный, не аналитический и т. д., а именно *креативный.* Вольфганг Кречмер в книге «Психоанализ в противоречиях» (1982) уточняет, что фрейдовский психоанализ не ведет к «росту душевного организма», творческим переживаниям, познанию сущности. Здесь лечение «не становится культурной жизнью». «Отколовшиеся» от Фрейда «создатели новых систем старались вернуться в утерянное пространство культуры». Далее Вольфганг Кречмер пишет: «То, что психотерапия сама по себе опосредована культурой, имеет основополагающее значение. Культура и лечение неотрывно связаны» (Kretschmer W., s. 161). В самом деле, многие психоаналитические системы могут быть наполнены образами духовной культуры с античных времен с целью как можно более изощренного, остроумного преследования Бессознательного, но не для целебного творческого оживления индивидуальности пациента, клиента. Креативный психотерапевтический механизм подлинно работает, конечно же, не в Психоанализе, а прежде всего в Экзистенциально-гуманистической и Религиозной психотерапии. И в клинической ТДК. Экзистенциально-гуманистические и Религиозные подходы, системы внешне обычно даже беднее, бледнее образами духовной культуры, нежели типичные психоаналитические, но главной целью своей имеют оживление духовной индивидуальности и, значит, формирование целительного творческого вдохновения. Целительность творческого вдохновения, в самом общем виде, прежде всего, состоит в том, что оно, будучи светлой, содержательной, осознанной встречей страдающего человека с самим собою, открывает этому человеку его Любовь, Смысл и Путь. Без психоаналитических раскопок и рассудочных наставлений становится более или менее *ясно*, чтó есть теперь главнейшее для меня и как жить, например, вместе с тем, что в моем положении практически малопоправимо: врожденно-трудный характер, хроническое душевное или соматическое расстройство, жестокий поворот судьбы (например, тяжелая безысходная болезнь или смерть близких тебе людей). Ясно — не сухо-логически, а всею душой,

* См. работы 3.6—3.7.

вдохновенно ясно. Эта вдохновенно-содержательная встреча с неповторимым собою возможна с чувством-пониманием своих изученных в клинико-психотерапевтическом процессе стойких душевных, характерологических особенностей, расстройств. Таким образом человек становится более или менее понятным себе характерологически, клинически. Или эта встреча происходит относительно в стороне от изучения всех этих природных особенностей-расстройств, замешана на чистом духе. То есть она не клинико-реалистическая, а психологически-идеалистическая. Клиницист, к тому же, не способен оторваться от своего чувства биологической основы творческого вдохновения в виде выплеска в организме собственных чудесных лекарств, от которых и духовно, мягко светится взор.

Другое дело — испытывать творческое вдохновение в его ощутимо-целительной силе и в любом понимании дано не каждому, а, думается, чаще дано тем, кто не уверен в себе, духовно-мучительно не понятен себе. Из самоцелительного стремления к солнечной ясности из дождливо-тревожной, депрессивной неясности и происходит вдохновенно-творческая работа души. А кто себе всегда ясен, все про себя и других знает, конечно, не мучается и живет обычно мимо творчества.

Итак, цель ТДК — целительное творческое вдохновение. Экзистенциально-гуманистические психотерапевты-«садовники» способствуют формированию вдохновения своими разнообразными прозрачно-недирективными воздействиями и, в сущности, только каждый своими словами называют это кратко очерченное выше творческое вдохновение: «Свобода» (Фромм), «Смысл» (Франкл), «Спонтанность» (Морено), «Самоактуализация» (Маслоу), «Личностный рост» (Роджерс), «Психосинтез» (Ассаджолли), «Зрелость» (Перлс), «Положительные переживания и творчество» (В. Кречмер). Далее, для экзистенциально-гуманистических и реалистических психотерапевтов творческое вдохновение не имеет своей причинной телесной основы, оно не есть то духовное, которым, в представлении материалиста-клинициста, светится *сам* человек, живущий вместе с другими людьми в Природе и Культуре. Творческое вдохновение здесь чувствуется-понимается как посылаемая человеку частица Вечного Бесконечного Духа, правящего миром (не важно, как называть Дух: не обязательно — Богом). Религиозные психотерапевты способствуют формированию у человека, которому помогают, светлого религиозного мироощущения. В этом состоянии творческого вдохновения человек чувствует себя частицей бесконечной Божественной Индивидуальности,

Личности. Целительность религиозного мироощущения сказывается в способности верующего человека надежно опереться на Бога в своем страдании («Да поможет мне Бог!» «Да будет воля Твоя!»). Об этом чудесно в письмах Д.Е. Мелехова (Мелехов, 1997, с. 62–68). Думаю, что экзистенциально-гуманистические и религиозные психотерапевты, как и художники, философы идеалистического склада, прежде всего, именно своей особой природой *так* чувствуют происхождение творческого вдохновения. Так, для одних психотерапевтов, пациентов, клиентов гипнотически-сомнамбулическое состояние, наполненное сказочными образами, внушенными гипнотической музыкой, есть суженное помрачение сознания как душевно-телесная реакция на берущую в волшебный плен гипнотизацию, а для других это же состояние есть временный выход за границы своей личности в мир вечного бесконечного Духа, где мы были (без своего тела) до своего рождения и будем после смерти (трансперсональное состояние). Это так же, как, случается, люди чувствуют-понимают божественность (божественное происхождение) своей влюбленности, любви и даже оргазма. «Мне не так важно, кто у меня в группе, — примерно так рассказывал нам в Москве Карл Роджерс осенью 1986 года. — Там могут быть вместе и депрессивный больной, и безнравственный преступник, и наркоман. Но я создаю в группе атмосферу, способствующую тому, чтобы у каждого в душе выросла роза». Вот это и значит — не чувствовать причинной телесной основы духовности. И это прекрасное размышление-положение есть существо психологической, идеалистической ТДК. Но другие люди, даже независимо от воспитания, чувствуют *телесную* основу духа, чувствуют своей, иной, духовно-материалистической природой. Для них человеческое тело (вместе с мозгом) не есть более или менее совершенный приемник, улавливающий в себя (нередко с помощью «садовника») частицу Вечного Духа (Истины, Бога, Нравственности, Разума, Совести, Любви, Смысла, Добра, Творчества), а есть сам источник духовности, как безмерно сложный сгусток саморазвивающейся Природы. Они так чувствуют. Для них естественно-научно невозможно, чтобы роза расцвела в любой, даже самой пустой и безнравственной душе, если она материальным зачатком не заложена в природе тела. Это — материалистический, клинический, гиппократовский подход. В диалоге Платона «Федр» юноша Федр говорит Сократу, что, по Гиппократу, невозможно постичь природу души и тела, не постигнув природу в целом. Сократ полагает, что разум с Гиппократом не согласен, потому что существуют разные по своей приро-

де виды души и они по-разному (более или менее совершенно) претворяют в себе изначальные, вечные идеи-истины (Платон, 1993, с. 181–189).

Таким образом, роджерсовская роза подобна платоновской идее. И роза, и идея могут не вырасти, не реализоваться в данном человеке лишь по причине несовершенства или сломанности этого душевно-телесного аппарата-приемника. Сами же они, идея и роза, существуют изначально и вечно, вне Природы. Для материалиста-клинициста это, понятно, не так. Для него самые высокие, сложные, экзистенциальные, духовные переживания есть нематериально-нежный отблеск материи. То есть эти переживания связаны своим происхождением, прежде всего, с телом, мозгом, и поэтому обнаруживают в своем движении, развитии в снятом виде и физиологические, клинические закономерности. На этом стоит клиническая психиатрия в отличие от психиатрии феноменологической и клиническая ТДК в отличие от психологической (экзистенциально-гуманистической) и религиозной ТДК. Так, моя Терапия творческим самовыражением (ТТС) как клиническая система клинически направлена помогать не всем подряд, а именно тревожно-депрессивным людям с переживанием своей неполноценности (дефензивность) и целебно преподает им в обстановке душевного, духовного тепла-уюта, в разнообразном творческом самовыражении и сам источник духа — природу мира, души и тела, характеры и душевные хронические расстройства, то есть то, к чему лишь снисходили как к природному приемнику Платон и Роджерс с высоты своих изначальных идей и идеальных прекрасных роз. Наши дефензивы материалистического склада, мироощущения, постигая природу своих хронических неистребимых расстройств и трудных характеров, ищут дороги, тропинки собственного творческого самовыражения, используя и самолечебный опыт исторических и современных «товарищей по несчастью» — известных художников, писателей, ученых с подобными трудностями-переживаниями. Однако в ТТС с охотой идут и многие больные и здоровые дефензивы (люди с переживанием своей неполноценности) идеалистического склада, интересующиеся по-своему характерами, хроническими душевными расстройствами — хотя бы как разнообразными природными приемниками Духа, которые важно изучить, чтобы лучше, более совершенно принимать в себя Духовное, Экзистенциальное, Божественное. ТТС интересуются сейчас и священники, стремящиеся помочь прихожанину в соответствии со своей природой, *по-своему*, полнее и глубже проникнуться религиозным мироощущением, почувствовать Бога.

Таким образом, в центре ТДК лежит творчество как оживленная духовная индивидуальность. Нет ничего богаче и дороже живой духовной индивидуальности, потому что она навсегда бездонна и уникальна — в отличие от самого совершенного робота. И только она, живая индивидуальность, способна целебно-празднично зажечь другую — увядшую, заболевшую. ТДК есть терапия содержательным творческим вдохновением. И, как любой психотерапевтический подход, в основе которого ведущим лежит тот или иной психотерапевтический механизм (суггестивный, гипнотический, групповой и т. д.), ТДК может быть преломлена и психологически-идеалистически (Экзистенциально-гуманистическая и Религиозная психотерапия) и клинически-материалистически (Терапия творческим самовыражением). Думается, это есть вечное необходимое благотворно-дружественное сосуществование-взаимодействие материалистического (клинического) и идеалистического мироощущений в экологии психотерапии и в истории терапии вообще, особенно со времен материалиста Гиппократа и идеалиста Галена (Бурно М., 1998)*.

О клиницизме, клиническом мироощущении уже достаточно писал-размышлял**. Здесь следует уточнить-прибавить, что клиницизм школы Гиппократа (коссовская школа) состоял, кроме всего прочего, в том, что она в отличие от вавилонской, египетской медицины, в отличие от, например, греческой книдской школы (школы комплексов симптомов, школы частной патологии) индивидуализировала каждый случай, бережно оценивая все состояние больного. То есть всегда учитывая для прогноза и лечения индивидуальную «почву», на которой вырастают симптомы, несущие в себе особенности этой почвы. Отсюда интерес врача и к душевной индивидуальности, характеру, конституции пациента, и убежденность в необходимости писания индивидуальной истории болезни. «Почва», которой поклоняется клиницист, и есть, в сущности, саморазвивающаяся Природа. Гиппократ, как известно, — основоположник не медицины вообще, а именно клинической медицины (Карпов, 1936, с. 45). Основоположником отечественной клинической медицины считается М.Я. Мудров (1776—1831) — и именно потому, что он основательно развил в нашей медицине этот гиппократовский принцип индивидуализации, призвал лечить не болезнь, а больного (Мудров, 1949, с. 220), продолжив вслед за Гиппократом культ истории бо-

* См. работу 1.9.
** См. главу 1.

лезни. Таким образом, клиницизм есть диагностический поиск отдельного-общего, но это диалектически общее (в клинических картинах) возможно разыскивать только в бесконечно неповторимой, индивидуальной почве. Чем больше видишь (изучаешь) отдельного, тем более разнообразным обнаруживаешь общее в этой массе отдельного.

Наконец, как убедился за долгие годы работы в ТТС, ТТС с «растворенными» в своей жизненности техниками, как клиническая ТДК, более отвечает сложной реалистически-теплой одухотворенности многих дефензивных россиян, нежели западная экзистенциально-гуманистическая психотерапия с ее изящными, согревающими душу техниками.

Вольфганг Кречмер долгие годы путешествовал по миру, изучая развитие современной ему психотерапии. Он отметил, в частности, с середины XX века важную тенденцию в развитии психотерапии: «от психологии — к культуре и религии» (Kretschmer W., s. 166). Эта тенденция, думается, все усиливалась к сегодняшнему дню. Так, на Втором Всемирном Конгрессе по психотерапии в Вене «Миф. Сон. Реальность» (июль 1999 г.) из 127 ключевых лекций 68 (немного более половины), судя по названиям, были, в сущности, лекциями о ТДК. К примеру, в России В.В. Макаровым разработан Метод кристаллизации проблем, благодаря которому, в терапевтическом процессе возможно все проблемы клиентов и пациентов свести к экзистенциальным с «терапевтическим завершением» (Макаров В.В., 1999, с. 252–256), а в Московском психотерапевтическом журнале и Вестнике психотерапии (Санкт-Петербург) все больше работ по христианской психотерапии. Чем же объясняется эта нарастающая потребность людей Земли в Терапии духовной культурой, в терапии творчеством, творческим вдохновением в широком, разноплановом смысле?

Дело, думается, тут вот в чем. Было и прошло время массового творчества в Человечестве, когда сапожник выражал себя в сапоге, а булочник в булке. Неизбежно нарастал и нарастает в производстве вещей и в чувственных удовольствиях стандарт, без которого невозможно насытить этими вещами и удовольствиями все увеличивающееся Человечество. Человек бездуховный, безликий от этого не страдает. Но стандарт, обезличенность вокруг человека с известной духовной глубиной-сложностью и, значит, с большей или меньшей неуверенностью в себе — тревожно напрягают его душу, а человеку с болезненной дефензивностью и вовсе плохо. Только творчество — выполнение жизненных дел *по-своему* (например, поиск *своего* пути к Богу или писание *своего своей* ручкой, *своим* почерком, а не компьютер-

ным) — как-то еще помогает дефензиву вернуться к *себе*, ожить личностно из роботной механичности, обрести *свое* вдохновение, *свой* смысл. И нам, психотерапевтам, пациентам, клиентам, способным к духовным переживаниям, ничего более не остается, как жить в *своем* времени и идти по *своей* творческой дороге.

И вот взорваны террористами наши дома со спящими в них людьми. Конечно же, многие люди способны и сейчас, после этих ужасов, не тревожиться серьезно и ежечасно за жизнь близких и свою жизнь. Они одарены от природы свойством не думать о том, о чем не хочется думать, верить в то, во что хочется верить, — в то, что, как сказал Хайдеггер, «умирают другие». А что делать тревожным, дефензивным людям, не способным вытеснить из сознания черные предположения о том, что завтра не проснемся? Что возможно психотерапевтически противопоставить безнравственно-дикому терроризму, перед которым каждый из нас беспомощен? Ничего не остается, как обустраивать в душе с помощью Терапии духовной культурой *свой* внутренний дом, *свой*, пусть скромный, но святой смысл посильного, *своего* добра людям, особенно близким, а взрыв или выстрел от нас практически не зависит.

8.4. О роли-назначении Психотерапии в сегодняшней и завтрашней жизни (2005) [138)]

Психотерапия (помощь душою душе и через душу телу), в стихийных своих основах существует, с первобытных времен. В человеческой природе заложены определенные психотерапевтические (душевные) механизмы, оживляющиеся разнообразными душевными воздействиями на человека других людей. Или же это оживление наступает, когда человек душевно воздействует на себя самого. Эти механизмы (открытые на сегодняшний день) суть: внушение, гипноз, разъяснение и убеждение, анализ, тренировка, активирование, поведение, группа, игра, гештальт, креативность, душевная телесность. Все эти психотерапевтические механизмы стихийно работали и в первобытные времена. Например, французский этнограф и социолог Клод Леви-Строс (2001) рассматривает сложное, наполненное яркими символами, шаманское песнопение, помогающее женщине-индианке в трудных родах, как *«очень близкое» к психоанализу*. Леви-Строс поясняет, что здесь «лечение, по всей видимости, состоит в том, чтобы больная осознала ситуацию, описанную вначале в чисто аффективных терминах, и чтобы дух

смирился со страданиями, которых тело больше не может вынести». При этом больная верит в реальность мешающих и помогающих родам «злых духов и духов-помощников, сверхъестественных чудовищ и волшебных животных». Все это — «часть стройной системы, на которой основано представление аборигенов о вселенной». Страдания больной «выпадают из системы», но шаман «с помощью мифа» находит этим страданиям место в системе, духи-помощники побеждают злых духов, и, «поняв свои муки, больная не только смиряется с ними, она выздоравливает» (с. 204–205).

Психотерапия поначалу, в древности, густо пронизывала почти *всю* малоразвитую еще тогда медицину (лечебную и профилактическую, гигиеническую). Может быть, меньше — старинную хирургию. Когда читаю в «Гиппократовом сборнике» (Гиппократ, 1936), что больному с «иссушенным» спинным мозгом, с опухшими ногами и изъязвлениями на пояснице, следует, кроме всего прочего, пить «белое и мягкое вино», а «на следующий день ему нужно дать выпить восемь котилий вареного ослиного молока с прибавлением меда» (с. 438–439), то думаю о том, что все эти уверенные, выразительные заботливые назначения, как и множество других в этом томе, действовали на больного в большой мере психотерапевтически. Это происходило две с половиной тысячи лет назад в Древней Греции. Римский врач Авл Корнелий Цельс (1959) полтысячи лет спустя советует в случае застарелой «кишечно-желудочной болезни», кроме всего прочего, «поставить клизму из тепловатой дождевой воды» (с. 162, пер. Б.А. Мазикова), а Абу Али ибн Сина (Авиценна) (1979), арабский врач, еще через тысячу лет советует лечить меланхолию повязками на область желудка из «семян прутняка, семян руты, корневища касатика и «древа Марии»», потом же на место повязки положить «хлопок, смоченный горячей водой, или расчесанную шерсть, или губку» (с. 135). Это все характерные места из подробных руководств великих врачей. Возможно, указанные природные лекарства порою и в самом деле серьезно помогали сами по себе. Но все же, думается, гораздо чаще здесь помогала спокойная убежденность опытного врача в том, что именно это лечение должно тут помочь. Врач обычно не ошибался. Но чаще — все же не в отношении природного лекарства, а в отношении собственной одухотворенно-психотерапевтической силы, соединенной с силой чарующего психотерапевтического ритуала, о чем он скорее не подозревал. Конечно, все это можно предположить только с высоты сегодняшнего дня. Именно так это нередко происходит и сейчас при лечении травами.

Если в приведенных выше примерах в психотерапевтической части врачевания обнаруживается, в первую голову, суггестивный психотерапевтический механизм, то в таком совете Авиценны по лечению «страстной любви», как «приобретения новых [рабынь] и увеселения с ними» (с. 140), возможно усмотреть гештальт-механизм, вспоминая автобиографические рассказы на подобную тему самого Перлза. А в методе швейцарца Теофраста Парацельса (эпоха Возрождения, XVI век), который он назвал «Theorica», звучат уже ярко и аналитический, и креативный механизмы, напоминая мифологическое песнопение шамана из книги Леви-Строса. Карл Юнг (1992) в известном докладе о Парацельсе (1929, пер. Д. Мироновой) подчеркивает парацельсовское: врач «должен говорить от бога, ибо бог создал врача и лекарства, и подобно тому как теолуг берет свою истину из откровений Священного писания, врач — из “света природы”». Юнг приводит пример Парацельса — «пример того, как следует пользоваться Theorica, т.е. как говорить с пациентом», «теоретизировать». Парацельс говорит больному водянкой о «ясном красивом небе / в котором нет облаков», но вот «в одно мгновение / появляется маленькое облако / оно разрастается и приумножается так, что в течение часа становится большим дождем / градом / ливнем / и т.д.» «Метеорологическое сравнение, — поясняет Юнг, — предрасполагает к осадкам: сейчас откроются шлюзы тела, и ascites (брюшная водянка — М.Б.) вытечет. Подобную психическую стимуляцию никоим образом нельзя недооценивать и для телесных болезней, и я убежден, что немало чудесных излечений нашего мастера связано с его превосходной Theorica» (с. 51–52).

Старинная профилактика болезней и гигиена также были во многом психотерапевтическими по своему характеру. Это хорошо видится и в стихотворном «Салернском кодексе здоровья, написанном в четырнадцатом столетии философом и врачом Арнольдом из Виллановы» / Пер. с лат. Ю.Ф. Шульца. М.: Медицина, 1970. Заведующий кафедрой латинского языка в моей студенческой молодости, замечательный поэт-переводчик Юлий Федорович Шульц отмечает в примечаниях, что медицинская школа Салерно хранила в себе все лучшее из античной медицины (Гиппократ, Гален, Цельс) и арабской медицины, опиралась на работы врачей поздней Римской империи и раннего Средневековья (с. 45). Для меня особенно важно то, что в этой врачебно-поэтической работе профилактически-гигиенически, живо рассказывается и о гиппократовских темпераментах. Например, о сангвинике (глава 83) говорится, что он «влюбчивый, щедрый, весе-

лый, смеющийся, румянолицый, любящий песни, мясистый, поистине смелый и добрый», а холерики (глава 86) «молчаливые, мрачные», «тверды в намереньях, но лишь опасностей ждут отовсюду», «жадны, печальны, их зависть грызет, своего не упустят, робки, не чужд им обман, а лицо их землистого цвета».

История старой медицины (включающей в себя профилактику и гигиену) — в значительной мере история лечения и предупреждения разнообразных болезней средствами врачебной души. И чем древнее медицина, тем больше в ней психотерапии. Это ясно читается и в обстоятельных книгах по истории медицины, особенно — в «Истории древней медицины» Савелия Григорьевича Ковнера (вып. 1–3, Киев, 1878–1888). Донаучная психотерапия пронизывала, наполняла собою медицину почти до середины XIX века, пока благотворные взрывы начавших бурно развиваться клиницизма, медицинской техники, лаборатории, фармакологии не потеснили ее. Тогда психотерапия стала «сгущаться» в тех особых складывающихся областях медицины, которые сделались ее царством (психиатрия, психосоматические расстройства, психопрофилактика и психогигиена).

«История психиатрии» Юрия Владимировича Каннабиха (1929)— в сущности, есть подробнейшая история развития психиатрического клиницизма и психиатрической психотерапии допсихофармакологического времени. Если каннабиховскую «Историю психиатрии» продолжить следующим томом, то в нем много места будут занимать такие новые разделы, как психоанализ (вообще психологическая психотерапия в психиатрии), клиническая психиатрическая психотерапия и психофармакотерапия. Каннабих (1929) заметил еще в пору острой и широкой критики психоанализа западными клиницистами, что «глубоко оригинальное учение Фрейда уже давно раскололо исследователей на два враждебных лагеря». И это случилось, несмотря на «волюнтаристический характер» психоаналитического учения (с. 470–471). Под «волюнтаризмом» Каннабих, скорее всего, понимает здесь нежелание Фрейда и других психоаналитиков считаться с объективными закономерностями клинического мышления. Всамом деле, Фрейд положил начало психологической (неклинической, психодинамической, психологически-теоретической) психиатрии и психотерапии, медицине вообще — в противовес гиппократовскому клиницизму, существовавшему до него. В том числе и такому одухотворенному клиницизму, как клиницизм Эугена Блейлера и Эрнста Кречмера. Психотерапия в психиатрии и соматологии распалась на клиническую (на основе естественнонаучного, клиничес-



кого мышления-мироощущения) и психологическую (основанную на психологических концепциях— психодинамическую, экзистенциально-гуманистическую, когнитивно-поведенческую). Кроме того, Фрейд своим Психоанализом, прежде всего показанным для лечения невротических расстройств, которые он не склонен был клинически отличать от здоровых трудностей, — в сущности, открыл современную психотерапию здоровых людей с душевными трудностями («проблемами» — как сейчас говорят). В частности, и поэтому сегодняшняя психотерапия здоровых (клиентов) — по большей части психологическая (психотерапевтическое воздействие отправляется не от природных особенностей души, а от определенной психологической (теоретической) ориентации). Существует, конечно, и чисто техническая психотерапия — без мироощущения и концепций (например, нейролингвистическое программирование).

Внелечебная психотерапия здоровых людей, широко распространившаяся на Западе, по существу и есть психотерапевтическая профилактика и психотерапевтическая гигиена. Эта важнейшая область психотерапии, несомненно, будет все глубже и подробнее, по жизненной необходимости, захватывать, пронизывать сегодняшнее и завтрашнее человечество, напряженное опасными разнообразными малопредсказуемыми природными, техническими катастрофами, невиданной прежде алкоголизацией, наркотизацией, террористическими актами, межличностными бытовыми конфликтами. Книга Виктора Викторовича Макарова (в сущности — об этой профилактической, гигиенической психотерапии) так и называется — «Психотерапия нового века» (2001).

Отечественный клиницист-классик первой половины XIX века Иустин Евдокимович Дядьковский (1958) свою профессорскую актовую речь, произнесенную в Московском университете в 1833 году, назвал «О настоятельной необходимости в наше время изучения медицины всем просвещенным людям, особенно богатым». Дядьковский напомнил слушателям о том, что в давние времена многие образованные люди изучали медицину для себя, дабы себя полечить (изучали «от единодушного сознания древних высочайшей драгоценности жизни и здравия»). Кроме ого, изучение медицины дает нам «естественные знания» (важнейшая их часть — «психическая и физическая антропология»), знания, которые противостоят «философическому» (т. е. идеалистическому — М.Б.), «мечтательному созерцанию», обременяющему людей страданиями, порождающему, например, «ипохондрических жанжакистов» (от Жан-Жака Руссо — М. Б.). Дядьковский считает, что его богатые современники осо-



бенно должны стремиться к изучению медицины, потому что 1) болеют чаще и тяжелее, нежели бедные, 2) потому что им легче приобретать книги, пособия по медицине, 3) потому что владеют «подвластными себе» и смогут «оберегать их здоровье и облегчать их болезни» (с. 77–79).

Актовая речь Дядьковского сбывается в том отношении, что давно уже существуют лечебно-образовательные школы больных сахарным диабетом, школы душевнобольных («психообразование») и т. д. Выпускается множество медицинских научно-популярных книг, брошюр, атласов, создаются специальные научно-художественные медицинские фильмы для широкого зрителя. Для нас важно, что эта речь современна и в отношении сегодняшней нашей психопрофилактики и психогигиены, то есть внелечебной психотерапии, «психотерапии нового века». Уже десятки лет на Западе множество здоровых людей, изучая психотерапию, занимается в разнообразных психотерапевтически-психологических группах в заботе о своем душевном здоровье, о своем умении так ладить с людьми, с самими собою, чтобы преуспевать в жизни, радоваться общению с близкими. Психотерапию профессионально изучают не только врачи и психологи, но и педагоги, социологи, священники, все, кто работает с людьми. Подобное, поначалу робко, происходит и у нас уже в течение четверти века (Макаров В.В., 2001, с. 21). Ксерокопии заграничных книг, Новосибирская конференция по социально-психологическому тренингу (1980) и, с падением советской власти, макаровские красочные психотерапевтические декадники на корабле по Енисею и потом, без корабля, в разных городах России. Движение внелечебной психотерапии в стране совершенствуется, углубляется, стало многочасовым, но, понятно, и тормозится бедностью многих россиян, не способных платить за длительное участие-работу в психотерапевтических группах. Работа эта происходит у нас в соответствии с российскими особенностями, отличаясь от западной работы нашей традиционной мозаикой психотерапевтических методов («мультимодальная интегративная российская психотерапия»— Макаров В.В., 2001, с. 74–75). Однако и в нашей внелечебной психотерапии преобладает сегодня психологическая основа. Терапия творческим самовыражением (ТТС) в своих внелечебных формах (Бурно М.Е., Добролюбова Е.А. (ред.), 2003), кажется, единственный метод с российски-традиционной клинической, естественнонаучной основой, работающий в нашей «психотерапии нового века». Объясняется это тем, что он показан дефензивным людям (людям с более или менее сложным, личностным, переживанием сво-

ей неполноценности), требует целительного сложного переживания в занятиях и труден для стремящихся к техникам, умеющих легко воспринимать эти психологические техники, овладевать и довольствоваться ими. Дефензивных здоровых людей много в России. В патологии им соответствуют пациенты со сложными личностными расстройствами, которые не уступают и сегодняшней психофармакотерапии. Дефензивные люди по робости, тревожности своей, нередко прячутся даже от внелечебной психотерапии и часто от непрактичности своей довольно бедны, чтобы в ней полноценно участвовать. Мне видятся в них образы интеллигентных дореволюционных земских учителей и врачей, за малую плату одухотворенно служивших народу. Примечательно, что в тех местах страны, где таких людей оказывается много вместе (например, среди школьных учителей, институтских преподавателей), внелечебная ТТС расцветает, организуется работа с дефензивными детьми в государственных домах творчества (ТТС в условиях дополнительного образования), проводятся конференции по ТТС, ТТС государственно преподается педагогам, психологам в институтах повышения квалификации (дополнительная профессиональная образовательная программа), защищаются диссертации и т. п. Смотри, например, об этом в работах сибирских психологов Наталии Викторовны Грушко из Омска (2003) и Елены Сергеевны Манюковой из Новокузнецка (2003).

Для того, чтобы все желающие это делать люди (в том числе бедные) могли изучать созвучную им психотерапию (а это есть сегодня жизненно важное дело), необходимо расширять и совершенствовать, так сказать, литературную часть этой работы. Конечно, у нас есть уже немало научно-популярных психотерапевтических (психопрофилактических, психогигиенических) изданий для народа о невротических расстройствах, о характерах, о пагубных пристрастиях и т. п. В Казани в последние годы опубликованы замечательные в этом духе работы, незаурядные своим живым врачебным переживанием-стремлением научить людей с различными душевными трудностями, переживаниями помогать себе. Это работы Анатолия Михайловича Карпова «Самозащита от наркомании» (Казань: Татполиграф, 2002. 54 с.) и «Самозащита от стресса» (Казань: Медицина, 2003. 68 с.) и работы Карпова в соавторстве с Галимзяном Закировичем Шакирзяновым «Самозащита от курения» (Казань: Татполиграф, 2002. 30 с.) и «Самозащита от алкоголизации» (Москва: Парламентск. центр по антиалког. профилактике РФ, 2004. 52 с.). Думается, что эта заочная, литературная область психотерапии может быть серьезно

усилена, обогащена в России не только подобными одухотворенными научно-популярными произведениями, но и художественно-психотерапевтическими работами (и в том числе театром для широкой аудитории). Эти работы уже есть у нас, и они могут по-своему целительно проникать в душу человека своими художественно-психотерапевтическим образами. Если специалист-психотерапевт — психотерапевт по природе своей, по призванию, если он живет психотерапией, то и его художественное самовыражение (проза, поэзия, рисунок, живопись, театр и т. д.) может серьезно, порою таинственно-сложно психотерапевтически воздействовать на читателя, зрителя. Большинство этих произведений не есть область литературы, искусства. Произведения эти живут именно в психотерапии и отличаются от истинно художественных творений тем, что художественными образами выполняют психотерапевтические задачи. При этом психотерапевт обычно не действует целенаправленно-осознанно (как это вообще случается не только в художественном творчестве, но и в творческой психотерапии), психотерапевтическая природа специалиста, его опыт-чутье делают тут свое дело. Эти разнообразные художественно-психотерапевтические произведения в соответствии со своим авторским духом, содержанием, психотерапевтическим мироощущением, по-разному помогают разным людям. Эта область внелечебной и лечебной психотерапии только начинает по-настоящему углубленно развиваться в мире и требует серьезного научного изучения в том смысле, как, например, литературоведение изучает художественную литературу, а искусствознание — живопись. Художественно-психотерапевтические произведения, как и все психотерапевтические приемы, могут основываться на естественнонаучном (клиническом) мироощущении, на психологическом и мозаичном. Для примера упомяну здесь последние отечественные опыты в этой работе. Это стихи Ирины Алексеевны Чегловой «Подвешенное состояние» и «Под крылом ангела» (Профессиональная психотерапевтич. газета, 2004, №1, с. 12), поэтический сборник «Алые яблони» Татьяны Евгеньевны Гоголевич (Тольятти: Лит. агентство Вяч. Смирнова, 2004. 62 с.) и свою книгу «Больной человек и его кот (Психотерапевтическая проза о целебном творческом общении с природой)» (М.: Приор-издат, 2003. 336 с.).

Наконец, ко всему этому прибавлю, для людей сложных, с философской направленностью души, и психотерапевтическую помощь изучением философии, такую же древнюю, как сама философия, и тесно связанную с тера-

пией творчеством. Об этой помощи, терапии все больше появляется научных работ в последние годы. Из недавнего упомяну заочную полемику между российским психологом-философом Еленой Анатольевной Ромек и американским психиатром-психотерапевтом Адамом Блатнером в Московском психотерапевтическом журнале (2004, №2, с. 125–141). По Блатнеру, терапия философией, в сущности, помогает прийти к Богу, помогает пациенту «достичь силы и мудрости, устанавливая глубоко личностную психологическую связь с Ним» (с. 127). Ромек полагает, что терапия философией, напротив, «содействует развитию такой человеческой способности, как *свобода воли*» (с. 140). Однако мне известны и классические, с моей точки зрения, работы по терапии философией на естественно-научной, клинической основе (клинической — не в смысле помощи *больным* людям, а в смысле естественно-научного, клинического, мышления). Это удивительные работы Константина Ивановича Сотонина, молодого сотрудника Казанского института научной организации труда, по-видимому, врача-философа, загубленного агрессивными большевиками за его мысли в 1929 году. Существо «философской терапии» Сотонина состоит в следующем. «Недовольного», *сообразно его темпераменту*, надобно приобщить к изучению именно той философской системы, которая ему созвучна и поможет радоваться жизни. И в этом отношении «для врача-философа нет философской системы, которая была бы истиннее или ложнее всякой другой системы» (см.: Бурно М.Е., 1995).

Конечно же, именно Терапия духовной культурой в самом широком смысле (Бурно М.Е., 2000, с. 643–650), т. е. терапия, ведущим механизмом которой является креативный механизм (механизм творческого самовыражения), психологическая или естественнонаучная (клиническая), способна особенно серьезно помочь человеку, больному или здоровому, найти свою целительную жизненную дорогу.

Оторвать психотерапию лечебную от психотерапии внелечебной невозможно, как невозможно оторвать лечение от профилактики и гигиены. Но отличие сегодняшних психопрофилактики и психогигиены (составляющих внелечебную психотерапию) от прежних состоит в том, что они далеко вышли за забор медицины, включив в себя иных, гуманитарных, специалистов. Однако, убежден, что все-таки гуманитариям следует чаще, нежели это сейчас происходит, советоваться по поводу своих клиентов с

клиницистами, поскольку не так редко болезнь похожа на здоровье, а больному надобно помогать совсем по-другому.

Итак, психотерапия, всегда существовавшая, работавшая в медицине и вообще в жизни человечества (в литературе, искусстве, философии, человеческих отношениях, научных переживаниях), как видим, в своем развитии уже более ста лет назад «сгустилась», профессионально углубилась-усложнилась в таких областях медицины, как психиатрия, психосоматические расстройства, психопрофилактика, психогигиена. Но вокруг этих «сгущений» психотерапия впоследствии стала в своих внелечебных формах распространяться на все человечество. Даже без желания людей— например, в виде передач по радио и телевидению. В последние годы психотерапия все шире и крепче, по необходимости, с усложнением нашей жизни, охватывает, прежде всего своей внелечебной областью, также профессиональной (но уже не ограниченной одной врачебной профессией), наш уже немолодой и нездоровый мир, помогая людям защищаться в нем от нарастающих трудностей, невзгод и по возможности быть вместе с созвучными душе людьми, с природой, преуспевать в своих делах, обретая радость. Именно в этом, как Психотерапия (лечебная и внелечебная) сама нам подсказывает извилистостью своего исторического развития, состоит ее роль-назначение (миссия) в сегодняшней и завтрашней жизни. Эта роль будет более или менее успешно выполняться только в том случае, если психотерапевты, взаимно уважая различные подходы друг друга, проникнутся убежденностью в том, что *все они необходимы*, но каждый по-своему — в какой-то своей группе пациентов или здоровых людей с душевными трудностями (клиентов).

8.5. О клинической семейной психотерапии (2005) [139)]

Здесь в слове «клиническая» кроется, прежде всего, естественнонаучное мироощущение-мировоззрение. Благодаря ему клинический психотерапевт (в классическом, кречмеровско-консторумском смысле) сообразует свои психотерапевтические воздействия на пациента с подробностями клинической картины, включающей в себя и личностную почву. Эти подробности-особенности обнаруживают собою стихийную защитно-приспособительную работу природы, которой врач по возможности способствует, следуя Гиппократу. В этом смысле существо не

только болезненного, но и здорового характера является защитно-приспособительным, как и существо любого нашего здорового телесного органа. Это есть правда жизни человека, исследователя с естественнонаучным, диалектико-материалистическим, клиническим чувством-пониманием изначально, стихийно саморазвивающейся природы-материи в каждом из нас, первичной по отношению к нашему духу. Я об этом немало писал (Бурно М.Е., 2000—2004). Посему клиническая семейная психотерапия возможна и со здоровыми людьми. Но поскольку она идет не от психологической теории, а от характеров, то существенно помогает далеко не всем. Помогает и показана лишь людям достаточно сложным, самобытным своими характерами (акцентуантам), не воспринимающим психотерапевтические психологические техники, концепцию системной семейной психотерапии. Эти люди стремятся серьезно разобраться в своем природном характере и характерах членов семьи. Стремятся постичь характеры, которыми они не сошлись, постичь в широком, подробном смысле, — в том числе, например, вместе с природными особенностями любви, сексуальности — своей и близкого человека. Для них оказывается очень важным то, что тревожно-семневающаяся женщина (психастеническая психопатия, акцентуация) по причине своей природной мягкой деперсонализационности, неспособности по временам естественно чувствовать, нередко не может забыться, «сойти с ума» даже в самое острое мгновение интимной близости при всей своей пронзительной нежности к любимому человеку. Или то, что нередко авторитарно-наряженный мужчина (эпилептоидная психопатия, акцентуация) не может быть, тоже по природе своей, не агрессивным в близости и т. д.

При нынешнем развитии медицины клиническая семейная психотерапия не может лишь для себя отправляться в своих воздействиях от клиники, она серьезно целебно преподает эту клинику, характерологию тем, кому помогает, индивидуально, в группе и в домашних заданиях. Группа располагается в уютной обстановке психотерапевтического кабинета с чаем, свечами, слайдами, музыкой. Изучение характеров, клинических душевных хронических проявлений (например, депрессивных, навязчивых) происходит здесь в разнообразном творческом самовыражении, поскольку только в творчестве, творческом самовыражении среди разных людей, и возможно по-настоящему постичь свои особенности и осо-

бенности других людей, разобраться в характерах, различных способах мышления, чувствования и в объединяющих нас характерологических, личностных гранях созвучия. Все это — для того, чтобы понять и принять друг друга. В сущности, это есть семейная форма Терапии творческим самовыражением.

В 1998 г. московским психиатром-психотерапевтом Н.Л. Зуйковой была защищена под моим научным руководством кандидатская диссертация «Краткосрочная терапия творческим самовыражением шизоидных личностей с семейными конфликтами». Сейчас Надежда Леонидовна заведует одной из московских психотерапевтических кафедр. По сути дела эта диссертация есть начало отечественной клинической семейной психотерапии. В диссертации отмечено, что семейным и другим конфликтам шизоидов способствуют их «1) чрезмерно высокая требовательность к людям, обусловленная аутистически-идеализированными представлениями об отношениях между людьми и странно выглядящая даже для близких пациента; 2) болезненно-обостренное неприятие любой авторитарности (независимо от наличия или отсутствия своей собственной); 3) неловкость, напряженность, формальность в общении с характерологически «несозвучными» людьми (даже близкими), неспособность к эмоционально-теплым отношениям в таких случаях, тягостно переживаемая пациентами». На эти трудные свойства характера и были с выразительным терапевтическим успехом направлены приемы клинической семейной терапии: «изучение пациентами характерологии (в том числе клинических аспектов), позволяющее им понять, осознать свой личностный склад, особенности характеров других людей и причины возникающих конфликтов; неординарно-доброжелательное общение в создаваемой атмосфере духовности, интеллектуальности и философичности, в обстановке единения и взаимопонимания; целебно-творческое общение (обнаружение своей индивидуальности, неповторимости в общении), творческое переживание произведений искусства и литературы, эмоционально-аутистическое созвучие с творцами-аутистами и членами лечебной группы, радость собственного творчества, общественной, профессиональной и личной творческой самореализации; формирование позитивно-конструктивного отношения к семейной жизни и настроя на активный поиск решения семейных проблем» (с. 22–23).

Конечно, клиническая семейная психотерапия сегодня в начале своего пути. Есть и другие работы: мои статьи «О совместимости в браке психастеников с психопатами разного склада» (1985), «О семейной терапии творческим самовыражением» (2000). В нынешней Терапии творческим самовыражением работают специальные тематические групповые занятия по клинической семейной психотерапии: «Жизнь, творчество, характер художников Кипренского и Тропинина», «Шишкин и Куинджи», «“Пер Гюнт” Ибсена», «“Герой нашего времени” Лермонтова», «“Снегурочка” Островского», «Рассказ Чехова “У знакомых”», «Любовь характеров» и т. д. (2003).

Пленительны психопрофилактические занятия в этом духе новокузнецкого психолога Людмилы Дмитриевны Протасовой со школьниками 3–4 классов. Так, в занятии «Крапива и Яснотка» (2003) дети знакомятся с застенчивым и авторитарным характерами этих двух растений-людей. «Крапива вечный труженик: на любой почве растет и переделывает, преобразует ее, готовит для других растений. Так и видится характер — обстоятельный, серьезный и колючий. <> Бывают и люди такие: порядочные, работящие — все в дом, для семьи; во всем порядок любят. Только вот близкие люди жалуются на строгость, въедливость хозяина. Абывают и девушки-крапивы: так и жалят и шпигуют скромного нескладного мальчика, втайне влюбленного в едкую подружку. Только жить такой паре невозможно будет: придирки и попреки “крапивы” не дадут житья тихому парнишке. Зато если парень-крапива, и девушка-крапива, тогда семейная жизнь в сплошных баталиях пройдет с горячими примирениями, работой от души, достатком и порядком в доме». АЯснотка «прекрасна в недоступности своей, но избраннику (Шмелю — М.Б.) приготовила чашу, полную нектара. <> Крепка стеблем, нежна душой, как застенчивая девушка. <> Но если распознают ее, то полюбят за мягкий нрав, преданность и верность».

8.6. Из тридцатипятилетнего опыта преподавания клинической психотерапии (КП) (2005) [140)]

Отечественная КП с давних пор входила в подробности нозологической структуры симптома, синдрома, изучала особенности личностной почвы, дабы помогать пациенту сообразно клинике его расстройства (см.: Каннабих Ю.В., 1914; Консторум С.И., 1959; Бурно М.Е., 2000). Так, совершенно по-разному психотерапевтически работаем с пациентами в случаях процессуальных или невротических

навязчивостей, шизоидной аутистичности или шизотипического аутизма, в случаях психастенических тревожных сомнений или ритуалов ананкаста. Клиницисты-исследователи школ Ганнушкина, Сухаревой, Снежневского, видимо, не представляли и не представляют, какое серьезное значение имеют для КП их работы. Работы, помогающие не только глубже, подробнее узнавать, понимать защитно-приспособительную работу природы, записанную в клинике, по возможности психотерапевтически способствуя природе. Эти работы служат и для целительного разъяснения пациентам их сложных хронических расстройств. И особенно — резистентных к психофармакотерапии: мучительные страдания от своей сложной неполноценности-несостоятельности, от деперсонализационной неспособности естественно чувствовать мир, от злостных навязчивостей и т. п. Психотерапевтическое разъяснение подсказывает таким пациентам сообразные их особенностям способы творческого оживления их смутной депрессивной души, что помогает хотя бы светлее нести свою болезнь. Таким образом, преподавание КП — это прежде всего преподавание (для целей истинно клинического применения внушения, гипноза, убеждения, анализа, творчества и т. д.) психотерапевтической клиники, а она личностно сложнее клиники психофармакотерапевтических картин. Впоследние 10 лет, однако, выразительно изменилось отношение многих наших слушателей к истинной КП, которая есть размышляющее переживание, а не психологическая техника (см. у Б.А. Воскресенского (1997) о КП как о «лечении переживаниями»). Клиницизму невозможно учиться без неспешного чтения с клиническим переживанием. Работать серьезно с книгой не принято в наш постмодернистский век все время напоминающих о себе мобильников, как не принято уже подолгу беседовать с пациентом. При всем том, что клинически-бесприборное исследование души пациента душой врача остается в нашем деле главнейшим — в отличие от соматической медицины, где современные инструментальные и лабораторные исследования тормозят развитие искусства непосредственного клиницизма. Редко услышишь теперь на экзамене клинико-психотерапевтическое размышление. КП сегодня избирательно, в клинико-психотерапевтическом преломлении, вбирает в себя не медицинскую технику и лабораторию, а психологию, философию, художественную литературу, искусство. Это есть — наши томографы и гастроскопы. Но и эти психотерапевтически-гуманитарные залы некогда посещать многим молодым психотерапевтам. Хочется кратких психологических тех-

ник, не требующих серьезного знания клиники. Однако техники обычно не помогают духовно-сложно страдающим пациентам. Печальная надежда теплится на психологов с душой клинициста.





ПРИЛОЖЕНИЕ
К ИСТОРИИ ПСИХОТЕРАПИИ, ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ

О СЕМЕНЕ ИСИДОРОВИЧЕ КОНСТОРУМЕ

Трагедия С.И. Консторума (1992) * [71)]

История отечественной психотерапии так называемого социалистического периода нашей жизни еще будет написана. Творчество Семена Исидоровича Консторума — важный раздел этого периода, поскольку Консторум — основоположник современной отечественной клинической психиатрической психотерапии. Сам он считал основоположниками нашей психотерапии В.М. Бехтерева и А.И. Яроцкого, и так, конечно, оно и есть. Но ни невропатолог Бехтерев, ни терапевт Яроцкий не были истинными психиатрами-клиницистами в области пограничных состояний. Говорю это достаточно ответственно, прочитав все опубликованные психотерапевтические и психиатрические работы Бехтерева. Они написаны крупным психотерапевтом-невропатологом без погружения в психиатрическую, личностную дифференциальную диагностику (например, бехтеревская «боязнь опоздать», «боязнь чужого взгляда», «боязнь покраснеть», «навязчивая ревность» и т. п.) — уже во времена Суханова и Ганнушкина.

Консторум учился медицине в Германии и впервые в нашей стране вслед за клиническими психотерапевтами-психиатрами стран немецкого языка (Э. Кречмер, А. Кронфельд, Я. Клези, М. Мюллер, Э. Штранский) стал подробно исходить в своих одухотворенных психотерапевтических воздействиях из клинико-психопатологических, нозологических особенностей, неотделимых от особенностей личностной почвы. А без углубленной клинической работы с личностью нет клинической, психиатрической психотерапии. Работая с пациентами до самой своей смерти, по существу, как практический врач, одновременно научно исследующий будничные (и в то же время всегда праздничные) психотерапевтические процессы (должность старшего научного сотрудника особенно не мешала в этом, а ученую кандидатскую степень присвоили без защиты диссертации), С.И. Конс-

* Доклад на заседании Московского научного общества невропатологов и психиатров (секция психотерапевтов), посвященном столетию со дня рождения С. И. Консторума (1890–1950) 15 ноября 1990 г.

торум, думается, разработал клиническую психотерапию гораздо шире (по охвату нозологических расстройств), подробнее, а во многих случаях живее и тоньше, нежели его коллеги из Германии, Австрии, Швейцарии. Консторум предложил, например, самобытные классические приемы клинико-психотерапевтической помощи при истерических, психастенических, шизофренических расстройствах. Во всяком случае, такого емкого практического руководства по клинической психотерапии, как консторумский «Опыт практической психотерапии» (1959, 1962) и в сегодняшнем психотерапевтическом мире (в основном не клиническом, а психоаналитическом, экзистенциальном, гуманистическом, трансперсональном, нейролингвистическом), сколько знаю, нет.

Я не был знаком с Семеном Исидоровичем. Я был мальчиком, когда он умер. Но студентом в начале 60-х годов, по совету профессора Н.М. Асатиани, помогавшей мне в моих первых психотерапевтических шагах (благодарен ей даже за один только этот совет на всю жизнь), стал читать руководство Консторума и подробно почувствовал в его страницах автора как живого человека, охваченного сдержанно-горячей клинико-психотерапевтической заботой о пациентах.

21 мая 1972 года в Психиатрической больнице № 12 (бывший санаторий «Стрешнево», тут когда-то работал Семен Исидорович) состоялась конференция, посвященная 80-летию со дня рождения Консторума. В конференции участвовали ушедшие уже от нас профессора Д.Е. Мелехов и Н.В. Иванов, близко знавшие Семена Исидоровича. Н.В. Иванов (ученик Консторума, как и выступавший здесь М.Ш. Вольф) подарил мне сохранившиеся у него не опубликованные до сих пор работы Консторума. Готовясь к той конференции, я познакомился с родственниками Семена Исидоровича. Особенно много бесценного рассказывала мне о нем его падчерица (у Консторума не было своих детей) покойная Елена Александровна Рузская. Я бываю с тех пор время от времени в квартире Консторума в 7-м Ростовском переулке, где живет благодарно помнящий деда его неродной внук. За семейной могилой на Введенском (бывшем Немецком) кладбище (рядом с могилой Гааза) ухаживают и студенты из психиатрического кружка 2-го Медицинского института, проникшиеся клинической психотерапией.

Книгу своей жизни «Опыт практической психотерапии» Консторум сдал в Медгиз (так называлось прежде издательство «Медицина») в 1948 году, в сталинщину, когда было ему 58 лет, за два года до своей смерти. Но вышла она (в Издательстве Московского института психиатрии МЗ РСФСР) только в 1959 году, в хрущевскую оттепель, тут же раскуплена и переиздана в 1962 году, тоже малым, «институтским», тиражом.

Все известные мне рецензенты книги, профессора, даже А.В. Снежневский и П.Б. Посвянский, давшие в сталинщину отрицательные отзывы, сказали в рецензиях, что Консторум — мастер своего дела, крупный психотерапевт страны. Снежневский отметил, что «по знанию этого раздела медицины (психотерапии — *М. Б.*) и умению применять ее в практической работе у автора монографии равных ему нет». Посвянский отметил, что «написано со знанием дела, опытным мастером, большим специалистом по вопросам психотерапии», что «книга представляет собой столь значительную ценность, в ней такая нужда...». Все рецензенты были за то, чтобы книга вышла. Но Снежневский и Посвянский потребовали такой серьезной идеологической переработки книги, что Консторум, думается мне, морально эту переработку не смог совершить, то есть не мог загубить свое творение.

Обратимся к тем рецензиям, которые остались в доме Консторума. Они все написаны, по-видимому, в 1948 году.

Снежневский требует «обязательной переработки» рукописи. Вот его главные замечания. «Монографию надо начинать с изложения Советской психотерапии, ее принципиального отличия от психотерапии зарубежной, вытекающего из иного сознания советского человека, по сравнению с сознанием человека капиталистического общества. Последнее и определяет коренное различие в понимании психотерапии в советской медицине, ее удельный вес и ее методы. В аспекте принципиального различия советской и зарубежной психотерапии (сравни — «Повесть о настоящем человеке») и должна быть изложена история и критика отечественной и зарубежной психотерапии. Следовательно, отличие Советской психотерапии от зарубежной заключается не только в том, что она активирующая». «Необходимо подробно изложить влияние Отечественной психотерапии на развитие мировой психотерапии». Снежневский, к сожалению, даже упрекает Консторума в недостаточной клиничности, в том, что «трактуя» клинико-психотерапевтические случаи, «автор постоянно пользуется методом установления “понятных психологических связей” и тем самым невольно скатывается к фрейдизму и ясперизму». Снежневский в ту пору, по-видимому, еще не увлекался Ясперсом, как впоследствии.

В конце рецензии Снежневский отмечает, что «все перечисленные исправления могут быть выполнены автором в процессе редактирования книги». Действительно, исправить рукопись в духе этой рецензии, так сказать, физически, механически, стало быть, отрешившись от нравственных ценностей, было, наверно, не так долго.

Академик А.В. Снежневский, оставивший после себя существенные открытия-уточнения в клинической психиатрии, конечно же, был глубокий, сложный психиатр с

добротой к душевнобольным и внутренним хмурым переживанием своей неполноценности; он сравнительно мало писал и печатал от свойственной ему неуверенности в оригинальности своих взглядов, от своеобразной внутренней скромности. Видимо, он позднее переживал свою некоторую увлеченность идеологией-политикой и, быть может, свою неискренность в рецензии на рукопись Консторума и поэтому, как известно, с особым чувством уважения настойчиво советовал сотрудникам и ученикам читать классические работы Консторума об ипохондрической шизофрении в сборниках института Ганнушкина.

Посвянский в своей рецензии считает, что над книгой «надо еще солидно поработать». «Основные дефекты — книга не свободна от влияния зарубежных идей, неприемлемых для нас. Не подчеркнута важнейшая сторона дела: советский психотерапевт имеет дело с другим человеком, с человеком советской эпохи, с социалистическим сознанием. У него другое отношение к обществу, к коллективу, к труду, Родине, своим обязанностям, к семье, женщине и т. д.». Посвянский, например, считает, что «психогенные реакции у нас приобрели более физиогенную природу», в частности, потому, что у нас нет «идейного загнивания» и т. д. «Это противопоставление двух систем, двух идейно непримиримых позиций на конкретном материале книги, должно служить краеугольным камнем, красной линией всего изложения». Другой «дефект». Посвянский находит в книге не только отсутствие идеологической критики Фрейда, но и «стыдливый фрейдизм», то есть несвободу «от фрейдовской терминологии и понятий», «недопустимую попытку пояснить, примирить Павлова с Фрейдом, беззубую критику фрейдизма». Рецензент отмечает: «Тут необходимо решительно почистить и поставить все точки над i». Остальные «дефекты» книги, по Посвянскому, — неудовлетворительное изложение «павловского учения о сне и гипнозе, о физиологических основах неврозов», «аморфное» описание клинического подхода, представление об «активирующей психотерапии» не расширяется до «трудовой и общественной деятельности в социалистическом обществе». Почему-то «должна быть переделана» глава «Сексуальные расстройства»...

Читая рецензию Посвянского, вспоминаешь, что в страшные для москвичей дни войны, когда немцы были уже рядом, Посвянский, как рассказывали мне мои родители и другие старые московские психиатры, очевидцы, эвакуировался на Восток, сопровождая как психиатр душевнобольного поэта Лебедева-Кумача; а Консторум, тоже еврей, сказал падчерице, что не может бросить больных (он был тогда чуть ли ни единственным врачом в больнице Ганнушкина), и остался, зашив в воротник рубашки цианистый калий.

К сожалению, трудно представить, что Снежневский и Посвянский искренне заблуждались в своих рецензиях. Скорее, они «платили пошлину». Эти две рецензии, по существу, «зарубили» книгу, не дали ей выйти в свет при жизни Консторума.

Две другие рецензии были положительными, но помочь книге уже не смогли. Скромная дружелюбная рецензия Г.Е. Сухаревой подчеркивает, что необходимо напечатать эту ценную книгу «такого вдумчивого клинициста, прекрасно владеющего методами психотерапии». Сухарева делает, видимо, необходимые для того времени замечания, в соответствии с которыми можно было бы при редактировании слегка поправить текст, не нарушая его ценность, гуманистическую одухотворенность.

Так, она отмечает, что «хотя автор все время подчеркивает свое отрицательное отношение к теории Фрейда и его психоаналитическому методу, все же он пользуется терминологией Фрейда, а в некоторых местах и его пониманием патологических состояний. Это имеет место, например, когда автор говорит о “либидинозных” нарушениях и конверционных симптомах». Кроме того, «недостаточно подчеркнута специфичность установок советской психиатрии и прежде всего значение социального фактора в тех методах перевоспитания личности, о которых говорит автор». И еще несколько мелких, таких же печальных замечаний. Сухарева, таким образом, пишет не о переработке, а только о некоторых исправлениях. Она вообще считает, что главу об истории вопроса (а это — самая идеологическая часть книги!) «можно было бы также сократить и за счет этого расширить клиническую часть».

Положительный отзыв профессора В.Н. Мясищева даю целиком.

«В отечественной литературе нет руководства по психотерапии. Между тем большую надобность в нем испытывают не только врачи-психотерапевты, но и врачи других специальностей, а также педагоги и психологи.

С.И. Консторум является психиатром и психотерапевтом огромного опыта и высокой культуры, крупнейшим отечественным психотерапевтом последнего времени. Книга С.И. Консторума отражает современное состояние психотерапии и личный творческий опыт автора. Он глубоко освещает основные принципиальные вопросы психотерапии, характеризуя не только состояние вопроса, но передавая читающему практический опыт автора.

Полагаю, что книга С.И. Консторума восполнит существенный пробел в отечественной литературе и получит широкое и заслуженное признание».

Консторум, в молодости увлеченный революцией, социалистическим переустройством жизни, старался, как мог,

поправить, спасти свое руководство. Выбрасывал тонкие клинико-психологические места, по-видимому, делал сдержанные идеологические поклоны. Сейчас трудно это читать... Но это были лишь крохи, а переделать книгу «коренным» образом идеологически, как требовали отрицательные рецензии, не смог.

Сохранился консторумский дневник последних лет жизни. Там нет ничего о рецензиях. Только 12 января 1947 года Семен Исидорович пишет: «Денег нет. Докторская не готова», а 14 июня этого же года: «Книга, договор». То есть заключен с Медгизом договор на Руководство по психотерапии, которое Консторум хотел представить как докторскую диссертацию. Нет в дневнике о переживаниях, непосредственно связанных с крахом печатания книги, может быть, потому, что писать об этом было тяжело. Но описано последовательное ухудшение здоровья.

Тягостно психиатру-клиницисту наблюдать выразительное движение своей злокачественной гипертонической болезни. Запись в дневнике еще 29 июня 1947 года (уже закончена книга): «Какое-то грустное (не тоскливое!) настроение. Вчера вечером в театре на отборной пошлятине — мокрые глаза! Испугался! Неужели “слабодушие”. И еще в тот же день забыл о радиопередаче Бетховенского (неразборчиво: траурного (?) — *М. Б.*) концерта! Прямо-таки испугался. И это упорное самощажение. Правда, уже очень много здесь привходящих моментов. (...) Тревога за Настю. Очень сложно»*.

Снежневский пометил свою рецензию 5-м декабря 1948 года. Через два месяца, 6 февраля 1949 года, С. И. отмечает в дневнике: «А вот месяц т. н. (тому назад (?) — *М. Б.*) “тяжелый язык” и рот набок — инсультик! И как-то стало спокойно — от чувства безответственности! Трогательное внимание к своей особе. А теперь растерялся: не хочу быть ни Заславским, ни Аввакумом. А что-то надо делать. Делячество! — Необходимо, все же, делячество». «Делячеством», по всей видимости, Консторум называл разумное делание всяких полезных вещей в духе своей активирующей психотерапии. 6 сентября этого года он поясняет про «делячество»: «С утра не курю! (...) Поменьше кататимии и побольше трезвого расчета-делячества». 19 октября 1949 года: «После доклада подбодрился, настроение более деляческое. Но на днях... язык заплетался после скотомы. Wie Gott will**, но хочется еще поработать». А 10 марта 1950 года: «Очевидно,

---

* Жена С. И. Консторума — Анастасия Васильевна Нейман заболела в ту пору болезнью Паркинсона.

** Да будет воля Твоя (*нем.*).

после 22.XII.49 г. (инсультик!) поработать еще не придется. Wie Gott will!»

5 августа 1950 года Консторум умер. Умер здесь, в этой Психиатрической больнице № 12, в деревянном корпусе, которого уже нет. Лучшего санатория — отдохнуть, полечиться после очередного перенесенного инсульта — для него не нашлось. Умер от последнего инсульта, который ударил внезапно утром, когда Семен Исидорович причесывался у зеркала, отпросившись поехать получить гонорар за лекцию, прочитанную на радио. Сохранилась в архиве больницы история болезни Консторума с консультацией профессора А.С. Шмарьяна, приехавшего проконсультировать старшего научного сотрудника своего института.

Трагедия Консторума, конечно, не в том, что он умер в 60 лет. Умирают и раньше. Не в том, что страдал злокачественной гипертонической болезнью. Случаются и более тяжелые соматические страдания и более ужасная смерть. Трагедия в том, что основоположник отечественной клинической психотерапии, сознавая, что уходит из жизни, понимал, что книга его жизни остается в своей рукописной незащищенности. Ганнушкин успел перед своей злосчастной операцией увидеть набранную в типографии «Клинику психопатий». Консторуму оставалось лишь повторять: «Wie Gott will!».

На многих из нас, психиатрах, психотерапевтах старшего поколения лежат грехи идейной неискренности, нравственные проступки. Сам считаю серьезным из таких своих грехов следующий. Когда в 1976 году выходила в издательстве «Знание» моя брошюра «Психопатии», увидел, уже в верстке (это было обычно еще до недавнего времени) редакторские идеологические исправления, прибавления, из-за которых мои научные несогласия с психоанализом превращались в обвинения психоанализу. По-видимому, я мог бы тогда отказаться от издания брошюры, но не отказался, успокаивая себя тем, что все же так много в брошюре сохранено моего. Стыд этот остался навсегда со мной. Иногда говорят: ну, знаете, в ту пору так принято было писать рецензии, книги и говорить, а иначе нельзя было, любой в те времена выполнял эти требования. Нет, не любой. Были люди, которые бескомпромиссно несли в душе личную нравственную ответственность за то, что говорили, писали и печатали. Долг каждого из нас жить именно так. И еще неплохо бы помнить, что времена рано или поздно меняются, что всякая внутренняя рецензия может быть в будущем обнародована, опубликована для правдивой истории нашего дела.

О консторумской психотерапии (1996) * [96)]

Уважаемые коллеги! Уважаемые господа!

Мне радостно открыть первую конференцию наших, надеюсь, ежегодных «Консторумских чтений» и приветствовать здесь президента Независимой психиатрической ассоциации Юрия Сергеевича Савенко. Общество клинических психотерапевтов в рамках Ассоциации исповедует одухотворенный клиницизм, человечное, бережное отношение к душе пациента, и хочется сказать немного о том, какое имеет к этому отношение психиатр-психотерапевт Консторум.

Все мы, российские клинические (то есть психиатрические) психотерапевты, вышли из Консторума, прочувствовав основательно прежде всего главную книгу Семена Исидоровича — «Опыт практической психотерапии». В этой настольной для нас книге основоположник отечественной клинической психотерапии (воспитанный немецко-российской классической клинической психиатрией), видимо, не представлял себе, что возможна иная, неклиническая полноценная, серьезная психотерапия. Оторванное от клиники психоаналитическое, «психологизирующее психотерапевтическое направление» Консторум считал псевдонаучным, как и многие европейские психиатры в то время (Консторум, 1962, с. 23, 28).

Консторум называет «большой психотерапией» (в сравнении с «малой») «работу врача с больным, не укладывающуюся в рамки тех или иных технических приемов и методик, а более широкую, стремящуюся к перевоспитанию личности, ее установок, ее мироотношения». «При этом, — отмечает Консторум, — главную ведущую роль в лечении как таковом мы усматриваем в обогащении жизнедеятельности пациента». Происходит это, прежде всего, с помощью «всемерного активирования этой жизнедеятельности». Активирование же, — добавлю, — производилось горячей, сангвинически сложной, клинической душой Семена Исидоровича, считавшего здесь «отправной точкой» психотерапевтический принцип А. И. Яроцкого (аретотерапия — лечение благородством, добродетелью, духовно-эстетическими идеалами, человечностью) (Консторум, 1962, с. 89, 92). В ту пору все это, благородное-человечное, беспартийный Консторум чувствовал-понимал на своем примере как звучащую в психотерапевтическом процессе искреннюю, серьезную увлеченность врача не только классической музыкой (Смирнов, 1992; Консторум, 1994), художественной литературой, но и социа-

* Вступительное слово на конференции «Психотерапия малопрогредиентной шизофрении» (I Консторумские чтения, Москва, 22.12.1995 г.).

листическим строительством, коммунистическим воспитанием, полагая, видимо, что возможен, как это называется, «социализм с человеческим лицом». Это, думается, несколько роднит С.И. Консторума с другим социалистическим романтиком, талантливым советским педагогом Василием Александровичем Сухомлинским (1918–1970). За одухотворенное «человеческое лицо» главная книга Консторума «Опыт практической психотерапии» и не была опубликована при его жизни. Только в последние свои годы, уже тяжело страдая от «злокачественной гипертонии», Консторум все повторяет в тревожных сомнениях в своем дневнике на языке своего студенчества в Германии: «Да будет воля Твоя!». Через все это яснее видятся нам особенности одухотворенного отношения консторумской психотерапии к психиатрическому пациенту. Мы же, пытаясь развивать консторумскую человечно-клиническую психотерапию, по возможности наполняем, пронизываем ее конкретными ценностями духовной культуры, искренним уважением и к идеалистическому психотерапевтическому мироощущению, продолжая одновременно разрабатывать в ткани большой психотерапии необходимые технические методики-инструменты психотерапии малой.

О душевных особенностях психиатра-психотерапевта Семена Исидоровича Консторума (1996) * [97)]

Психиатр-психотерапевт — особенный специалист. Он мало зависит от медицинской техники, лаборатории, он профессионально исследует-лечит духовным своим миром. Глубина, сложность, сила, красота этого лечебно-исследовательского «инструмента» обычно не соответствует ученым степеням, званиям. Их может не быть вовсе. Но подлинный психотерапевт невозможен без духовного своеобразия. Банальность-безликость в достаточно сложных психотерапевтических случаях обычно не работает. Серьезно психотерапевтически поможешь более или менее сложному душой пациенту, лишь как-то оживив его личностное переживание, его духовно-индивидуальное, а это возможно сделать лишь вмешательством иной, достаточно живой индивидуальности. Этим отчасти объясняется и тот факт, что порою серьезно психотерапевтически может помочь человек без специального психотерапевтического образования. По всему по этому, думается, талантливый психотерапевт, живой или ушедший, особенно интересен коллегам своими личностными особенностями. Они отчетливо сказываются и в поворотах жизненной дороги вра-

* Доклад на этой же конференции (22.12.1995 г.).

ча, и в его психотерапевтических приемах. Как личность писателя (тоже работающего полной своей душой), живущая в его художественных произведениях, становится нам еще ближе, понятнее (вместе с его произведениями), когда, например, рассматриваем на портретах лица его родителей, детей, — так и всякое личностное событие из жизни психотерапевта, даже его родственников, может прояснять нам особенности его профессиональной работы.

Мало для кого сейчас важно, что классик клинической психотерапии Семен Исидорович Консторум (15 марта 1890 — 5 августа 1950) был кандидатом медицинских наук и старшим научным сотрудником, как и Зигмунда Фрейда мало кто сейчас называет профессором. Но наш интерес к личности, к событиям жизни этих психотерапевтов не гаснет, поскольку, знакомясь глубже с духовными особенностями классиков, проясняем для себя и свои характерологические, рабочие особенности.

Рад, что в молодости успел кое-что записать со слов людей, близко знавших С.И. Консторума, — о его характере, о его врачевании, о примечательных случаях из его жизни. Некоторые современники Консторума сами написали о нем воспоминания. Думается мне, что многое из этого сохранившегося (особенно воспоминания о взаимоотношениях врача с пациентами) возможно будет серьезно изучать для развития, обогащения клинической психотерапии.

1. Рассказ племянника Семена Исидоровича, музыканта Михаила Ароновича Консисторума (1911—1978, фамилия случайно переиначена в отделении милиции), и его жены Людмилы Васильевны Головко (1911—1990). Встречался с ними в начале 70-х годов.

«Консторум говаривал часто, что любит жизнь во всех ее проявлениях, считал себя эпикурейцем и за Эпикуром повторял: где есть смерть, нет меня, и где я, нет смерти. Большой хлебосол, тонкий гурман, особенно любил свежие огурцы с крабами (“чтоб перемолоть все это через мясорубку”), любил рюмку “старки”. Органически не выносил селедку и вообще рыбу, боясь мелких косточек. Придя в гости, заглядывал сразу в дверь на стол и предупреждал: “Люся, если хотите, чтоб остался у вас, уберите селедку”. Признался как-то, что неприятны особенно ему в селедке жабры. Небольшого роста, сутулый, некрасивый, подвижный, человечный, заразительно, искренно смеялся. Легко было с ним от его трезвости и простоты. Парадности, чувственности, эротизма, всяческого верноподданничества, тирании, диктаторства терпеть не мог. В то же время любил крепкое словцо и “соленый анекдот, если он был вкусен”. Напрашивалось характерологическое сравнение его с Фейхтвангером,

Золя, Григом. Свободный от мещанства “даже в микроскопических дозах”, не любил говорить о супружеской неверности и т. п., считая, что с этим, как и со смертью, бороться нельзя, а потому следует “выносить за скобки” (любимое выражение). Не любил также говорить о людях плохое, например, о коллегах, при беспощадной, однако, откровенности. Обладал большой терпимостью к людям, весьма ценил это в других. Кино и театру предпочитал книгу и симфоническую музыку. Отличаясь безошибочным музыкальным чутьем, сам прекрасно играл на стареньком своем пианино, особенно любил Брамса, Шумана, Баха, Грига. Высоко ставил немецкую романтику, особенно Гейне. Достоевского терпеть не мог (“Мишенька, не читайте эту гадость”). Зигмунда Фрейда считал “гениальнейшим”. Пасынок Юрий шалопайством своим много доставлял ему горя, но Семен Исидорович полюбил его сына Сережу*. Почему-то не любил еврейских женщин. Мать его была детским врачом. Отец — инженер-мостовик. В доме Консторума бывал Борис Пастернак. Москвин, Качалов — алкогольные пациенты Консторума. “Умняга” (т. е. умный не внутри себя, а для всех вокруг) — так кто-то сказал про него. Последние годы особенно страдал от гипертонической болезни. Ипохондриком не был никогда, разговоры о своей болезни “выносил за скобки”. Иногда лишь, вздыхая, говорил: “Ай, Мишенька, новые сосуды не поставишь”. Умер утром — упал, причесываясь в больнице у зеркала: последний инсульт. О смерти, загробной жизни говорил: “Я, к сожалению, материалист и понимаю, что там ничего нет, но я не могу понять одного: неужели это свинство, именуемое жизнью, так кончается”. Говорил, что жизнь — “насмешка над человеком”».

2. Рассказ падчерицы С.И. Консторума — Елены Александровны Рузской (1909–1986), зоотехника**.

«Не разрешил снять со стены большой портрет, где жена его, наша мать, вместе с первым мужем, нашим отцом, немцем Александром, красавцем-врачом, умершим в Первую мировую войну от пневмонии.

Природу любил, но очень был чистоплотный, брезгливый, не мог босиком в лес ходить, говорил: “Противно, если нога попадет в яму с золотом”. В трудные времена мог

---

* Сергей Юрьевич Нейман, сын Юрия Александровича (1906–1970), сейчас живет в 7-м Ростовском переулке в Москве в квартире Консторумов. Вспоминает, как Семен Исидорович, принимая дома пациентов и уложив когонибудь из них на диван для гипнотизации, выходил в коридор, приставлял палец к губам и произносил: «Silentium!» (молчание — *лат.*). — (*Прим. М. Б.*)

** Сестра упомянутого выше Юрия Александровича. У С. И. не было своих детей, он воспитывал пасынка и падчерицу.

ходить даже в рваной одежде, но только чтобы была чистой. Не мог почему-то видеть и слышать собак, грызущих кости.

В 1941 г., когда началась война и было к нему много телефонных звонков от пациентов, сказал: "Вот не думал, что нужен такому большому количеству людей". Был арестован в начале войны, но вскоре выпущен, когда оказалось, что он не немец, а еврей. В голодное военное время приехала из провинции в Москву с корзиной провизии, позвонила в дверь, Семен Исидорович открыл. Он так похудел, ослабел за это время от недоедания, что не смог поднять эту корзину.

Деньги брал только у состоятельных больных, а бедным сам давал и к концу приема часто оставался без денег. В доме бывали часто Юрий Владимирович Каннабих и его жена Софья Абрамовна Лиознер.

Был близко знаком с Владимиром Николаевичем Мясищевым. Считал его не психиатром, а психологом. Считал очень образованным, тонким клиницистом-психиатром Петра Михайловича Зиновьева, ставил его выше Гиляровского.

После второго инсульта, за полгода до смерти, говорил: "Хоть бы сразу умереть, не хочу быть обузой"».

3. Очерк воспоминаний о Консторуме Галины Владимировны Проскуряковой (1909–1992). Лаборант, дочь товарища Семена Исидоровича — психотерапевта-практика Владимира Андреевича Проскурякова (1887–1975), известного и своими психотерапевтическими книгами*. Очерк написан по моей просьбе в 1982 г.

«В первый раз я увидела Семена Исидоровича летом 1918 г., когда меня и моих братьев привезли в Москву из деревни, где учительствовала моя мать. Семен Исидорович подъехал к подъезду на машине, посадил всех и повез на Воробьевы горы. Тогда там еще сохранился ресторан Крынкина. Он находился на самой высокой точке, там, где теперь трамплин. Терраса ресторана нависала над самым обрывом. Семен Исидорович усадил нас на этой террасе и угощал мороженым. Все это — и машина, в которой я, конечно, ехала в первый раз в жизни, и мороженое, тоже в первый раз, произвело на меня неизгладимое впечатление, а образ Семена Исидоровича покрылся на долгие годы налетом некой таинственности и всемогущества.

В 1923 году, когда мы окончательно поселились в Москве, я видела Семена Исидоровича почти каждый день, так как он был лучшим другом моего отца, а с его падчерицей Лелей (Елена Александровна Рузская — *М. Б.*) я училась в одном классе школы. Должна сказать, что очень и очень

* Одна из них — *Проскуряков Вл.* Об искусстве жить. М.: Молодая гвардия, 1966. 176 с.

нескоро я смогла преодолеть свою робость и скованность в присутствии Семена Исидоровича. Он был слишком недосягаем для меня, хотя всегда очень ласков и приветлив. Вообще Семен Исидорович был утонченно вежлив в обращении. Здороваясь с женщиной, всегда целовал руку (чем приводил меня в крайнее смущение), но, несмотря на это, всегда сохранял незримую дистанцию между собой и собеседником. Терпеть не мог фамильярности, по его выражению, «амикошонства».

В 1929 году, когда мой отец заведовал в г. Кзыл-Орде психоколонией, я должна была ехать к нему, а Семен Исидорович решил поехать навестить отца в свой отпуск. В течение двух дней пути он вел себя, как истый джентльмен, водил меня в ресторан и оказывал всякие мелкие знаки внимания, как взрослой даме.

Он был человеком широкой души, очень добрым, но отнюдь не «добреньким», без всякой сентиментальности и сюсюкания. Наоборот, в его прекрасных серых глазах очень часто сверкала ирония, а с языка часто срывались довольно резкие замечания.

Самой, на мой взгляд, его отличительной чертой была высочайшая порядочность и чувство чести. Когда выяснилось, что у его пасынка должен быть ребенок, от, в общем-то, случайной женщины, он, мало того, что настоял на том, чтобы принять ее с ребенком в дом, он принял этого ребенка и в свое сердце, вырастил и воспитал его, как любимого внука. Когда же эта женщина отплатила всей семье самой черной неблагодарностью, он ни себе, ни близким не позволил изменить к ней отношение, чтобы не уронить авторитет матери в глазах ребенка.

При всей своей занятости Семен Исидорович был всегда душой общества: прекрасный собеседник, великолепный знаток музыки, сам прекрасный пианист, он умел развлечь и музыкой и беседой, а иногда и дурачеством. На моей свадьбе — а дело было в конце ноября, лежал снег, и было холодно — он вывел всю вереницу гостей во двор и сделал несколько широких кругов под музыку патефона, который моя подружка вынесла во двор вслед за танцующими.

В самом начале войны я эвакуировалась с детьми и вернулась в декабре 1943 г. В Москве было холодно и голодно. Я привезла с собой кое-какие продукты, сразу после приезда приготовила роскошный, по военным понятиям, пир и, конечно, пригласила Семена Исидоровича с Анастасией Васильевной (А.В. Нейман-Консторум (1886–1959), жена С. И. — *М. Б.*). Каково же было мое огорчение и даже отчаяние, когда Семен Исидорович наотрез отказался есть вкуснейший холодец, так как узнал, что я не процедила бульон.

Он страшно боялся подавиться мелкими костями, по этой же причине он никогда не ел рыбу.

В эти годы, последние военные и сразу после войны, я особенно сблизилась с Семеном Исидоровичем. Чуть не каждый день бегала к ним, стараясь чем-то помочь и просто быть ближе в эти трудные дни. Помню вечер 8 мая. Мы сидели, не зажигая огня, и с минуты на минуту ждали объявления конца войны. Вдруг начали объявлять очередной салют. Семен Исидорович даже вскочил с места и напряженно ждал — «...За освобождение Праги». Помню его разочарованное лицо.

В эти годы я шла к Семену Исидоровичу со всеми своими горестями и радостями, с самым сокровенным. И как бы он ни был занят, всегда выслушивал меня с нежным вниманием, советовал, как поступить.

С моим отцом у них был заветный день, как помню, среда, в который они всегда встречались и проводили вместе вечер, по очереди то в одном, то в другом доме. Это были их интимные дружеские встречи, хотя наши семьи были тоже близки между собой».

4. Рассказ давнего пациента С.И. Консторума — музыканта и шахматного этюдиста Алексея Мефодиевича Беленького (1905–1984).

По просьбе покойного доцента Юрия Константиновича Тарасова, известного психотерапевта, психоаналитика, хорошо знавшего Семена Исидоровича и многих его пациентов, я психотерапевтически помогал Алексею Мефодиевичу последние десять лет его жизни. Это был милый, застенчиво-отрешенный, нерешительный, медлительный, погрязающий в ипохондрических и нравственных сомнениях, светлый душой обрусевший украинец. Он так неимоверно стеснялся — боялся, что соседи в коммунальной квартире услышат что-нибудь, когда он будет в туалете, что нередко уходил в туалет на ближайший вокзал. В Европе до Второй мировой войны успешно выступал как пианист. После войны ему крепко влетело от сварливой соседки, когда ее маленькая девочка, с которой он сдружился и занимался ее духовным развитием в своей комнате, вдруг заговорила по-французски. Он не мог без благоговейного волнения вспоминать о Семене Исидоровиче, и я по крохам записывал за ним.

От родственников Семена Исидоровича знаю, что под его началом во время Первой мировой войны в санитарном поезде № 190 служил санитаром молоденький Александр Вертинский. Он подарил в ту пору Консторуму свою фотографию с восторженной актерской позой и надписью на обороте: «Своему любимому Докторчику — Пьеро». Она сохранилась и доныне. Когда знаменитый Вертинский в конце Второй мировой войны вернулся после эмиграции на Роди-

ну и стал давать свои концерты, Семену Исидоровичу очень захотелось с ним увидеться, и он попросил Беленького поехать вместе с ним, так как очень волновался перед этой встречей. «Вертинский, — рассказывал Беленький, — принял нас перед концертом холодно и очень кратко. Пожал нам руки, и я заметил, что у него в руке что-то хищное. Семен Исидорович долго переживал эту надменную холодность, безразличие к нему Вертинского».

«Нередко мне негде было ночевать, и тогда спали в квартире у Семена Исидоровича "валетиком" на широком диване. Смешной, остроумный был. Представлял меня гостям: "Знакомьтесь — Беленький, музыкант, из Киева и... не еврей"».

В 30-х годах Семен Исидорович уехал в отпуск, а Беленькому сделалось плохо от усилившейся тревоги, переживания своей неполноценности, и Ю.К. Тарасов познакомил его с профессором Артуром Кронфельдом. «Кронфельд положил свою большую приятную ладонь мне на лоб и погружал меня в гипноз. Чувствовал, что не получается меня усыпить, и в руке у него появилась нервная дрожь. На следующую нашу встречу он принес цветную схему мозга и объяснял мне перед сеансом, как устроен мозг, где там торможение и т. д. И во второй, и в третий раз ничего у нас не получилось. Когда приехал Семен Исидорович, я все ему рассказал, и он заразительно смеялся. И потом сказал: "Вот, блестящий эрудит, теоретик и никакой клиницист". Не раз повторял мне: "У Вас, Алеша, многое нарушено, но ничего не разрушено, как и у других таких шизофреников"».

5. Из очерка воспоминаний о С.И. Консторуме его пациента А.*, 1907 г. р., журналиста-литератора (очерк получен от проф. Н. В. Иванова).

А. полагает, что благодаря Консторуму, который лечил его с 1935 года, «снялся с инвалидности» (был инвалидом первой группы). Мать больного пригласила домой Консторума из диспансера Октябрьского района. «Он вошел в комнату, осмотрел меня, сам осмотрелся. Мог ли я тогда подумать, что этот незнакомый врач со светло-карими, ясными, глубоко сидящими проницательными глазами, этот официальный представитель психодиспансера, который оформлял на меня путевку в "сумасшедший дом", будет через три года поднимать за этим столом... бокал с шампанским?! Мать предупредили: имейте в виду — это известный психотерапевт. Но от гонорара врач решительно отказался. Впоследствии я узнал, что Семен Исидорович никогда не брал гонорара у нуждающихся больных и, более того, долгие годы он материально

* Пациент описан С.И. Консторумом в статье «Некоторые особенности постпроцессуальных шизофрений в свете активирующей психотерапии» (Невропатология и психиатрия, 1951, т. XX. № 1. С. 73–77).

помогал им». Консторум направил больного в клинику профессора Серейского, но и после лечения в клинике А. не мог вовремя вставать с постели, «утомлялся от малейшего умственного напряжения», «не был в состоянии приобщиться к какому бы то ни было ритму трудовой жизни», считал себя «мусором», «живым трупом». Инвалида первой группы по закону на работу не принимали. «Тем не менее, Семен Исидорович считал, что в труде и только в труде — начало моего полнейшего исцеления, верил в возвратимость утраченных навыков и способностей и не пошел по проторенным дорожкам, не остановился на половине пути». Узнав, что больной когда-то работал в типографии печатником, Консторум «сам ходил туда к директору, секретарю парткома и председателю завкома, убедил их взять на работу инвалида первой группы, «изображая дело так, будто речь идет о весьма важном научном эксперименте (в этом духе и было составлено соответствующее отношение из Института им. Ганнушкина)». Инвалид первой группы был принят на работу уборщиком цеха. Через полгода работал уже печатником, еще через полгода корректором и в том же году уже журналистом. Еще через год он женился. Все эти годы, как многие пациенты Консторума, он чувствовал себя членом его семьи. «Семен Исидорович, — пишет А., — был радушным хозяином и не успокаивался, если не угостит, а иногда любил распить с выздоровевшим пациентом бутылку-другую черного пива — портера. С каждым он находил тему для разговора, высказывая оригинальные суждения о музыке, поражавшие знатоков, о философии, живописи, поэзии. Беседуя, он вдруг приведет целый стих из Пушкина или Гете, и ты забываешь, что он врач, а ты пациент: так искренен, так непринужденен, так обаятелен был он в общении с людьми, не делая в этом отношении никакого различия между пациентом и непациентом. Он одним только этим свойством своей души видеть в больном прежде всего человека необычайно высоко подымал чувство его человеческого достоинства. Душевнобольной, ущемленный, легко ранимый от скорбного сознания своей неполноценности, вдруг высоко поднимал голову. Он думал: «Если этот тонкий, умный, обаятельный, глубоко эрудированный человек так вдумчиво, внимательно, одобрительно слушает меня, то, значит, я уже не совсем ничто, значит, и я что-то стою, значит, и я человек!” Он никогда не торопился, просиживая с больным целыми часами. У него, например, была своя манера принимать больных не в порядке формальной очередности, а по состоянию больного. Больные благоговейно относились ко всему, что делал Семен Исидорович. И, начиная прием, он иногда вызывал не первого, а, скажем, семнадцатого. И пациенты знали: это Семен Исидорович вызвал тяжелобольного. А “здоровячков” он принимал к концу. Помню, Семен Исидорович уже

был болен, когда мне сделалось плохо. Он, мой спаситель, сам был прикован к постели, и я не мог его тревожить. Я несколько раз, в тоске по Семену Исидоровичу, воскликнул: «Семен Исидорович! Семен Исидорович!» — и его образ явственно встал перед глазами. Дорогое имя по ассоциации вызывало предметное представление, и мне становилось легче. Когда я через некоторое время был принят Семеном Исидоровичем (он одно время стал себя чувствовать несколько лучше), то рассказал ему об этом случае. Он хохотал и, со свойственным ему легким грассированием, повторял: "Вот так психотерапия! Ах, батюшки! Вот так психотерапия!" И мне самому стало смешно, и я хохотал вместе с Семеном Исидоровичем. Потом он сыграл на пианино две новые детские песенки, изданные Музгизом на мои стихотворные переводы».

6. Из очерка воспоминаний о С.И. Консторуме пациентки П., 1895 г. р., экспедитора в министерстве (очерк также получен от проф. И.В. Иванова).

Н. В. Иванов и Д.Е. Мелехов писали об этой пациентке с диагнозом «остаточные явления энцефалита, фобический синдром» в своем очерке о Консторуме*. Там есть живой кусок из воспоминаний пациентки, со словами Консторума: «И придете вы на мою могилу, а не я на вашу». И вот умирает близкая подруга пациентки. Пациентка приходит к Консторуму за помощью. «Тут я бессилен помочь, — сказал он. — Горе будет терзать Вас около года, остро — полгода, потом побледнеет, а через год Вы помиритесь с горем. Забыть нельзя, а помириться с неизбежностью надо. Я понимаю Вас. У меня был любимый брат, я его обожал, и вот он заболел. Я терзался и ежедневно ждал телеграммы о его смерти. И однажды, придя домой, я нашел эту телеграмму. Я не плакал, я окаменел. Была осень. Я должен был в этот вечер читать лекцию за городом. Я приехал к зданию, было еще рано, я сел на лавочке в саду. Мимо меня шли веселые студенты, и вдруг я почувствовал, что наступит время и я тоже умру — это будет так хорошо, легко, не страшно, — и я разрыдался. Я рыдал долго, и мне делалось все легче и легче от сознания, что я не вечен. Вот и вы знайте, что и вы умрете, и это будет естественно, без ваших ужасов». Через пять лет после этого Консторум умер. «И вот, стоя около дорогой могилы, осыпанной осенними астрами, я повторяю его золотые слова: "Вы тоже умрете, и будет это совсем не страшно, а пока Вы стоите на двух ногах — падайте, но работайте"».

---

* Семен Исидорович Консторум (Краткий очерк жизни и творчества) // *Консторум С.И.* Опыт практической психотерапии / Под ред. Н.В. Иванова и Д.Е. Мелехова. — М.: Гос. ин-т психиатрии, 1962, с. 15.

ВОЛЬФГАНГ КРЕЧМЕР

Беседы с Вольфгангом Кречмером (1993) [72)]

Профессор Вольфганг Кречмер из Тюбингена — всемирно известный психиатр-психотерапевт, автор Синтетической психотерапии, сын классика мировой психиатрии Эрнста Кречмера (1888–1964). Последние 18 лет каждые два-три года он приезжает в Россию повидаться с коллегами и их пациентами — выступить с лекциями, побывать в художественных музеях, посидеть в библиотеке со старыми нашими книгами. С давних пор Вольфганг Кречмер переживает и обдумывает глубинное созвучие германской и российской психиатрии, психотерапии, духовной культуры вообще. Его русский язык весьма богат выразительными тонкостями. Высокий, сухощавый, семидесятичетырехлетний, юношески неловкий, готически отрешенный — как путешествующий исследователь насекомых старого времени, он тем не менее мгновенно подмечает вокруг важные общественные «мелочи» нашей жизни. Любит быстро долго ходить, вдохновенно гребет в лодке и парится в русской бане.

С 3 по 7 июля 1992 года мы вместе проводили часть семинара «Психотерапия духовной культурой» на берегу озера недалеко от Архангельска. Я живо вспоминаю наши прогулки на природе с биноклем и фотоаппаратом, во время которых Вольфганг восторгался многими нашими растениями и птицами, которых знал по именам (по-латыни и даже по-русски). Из наших бесед на этом семинаре и, конечно, прежних встреч (давно уже дружим) и составилось это интервью-портрет. В. Кречмер прочитал подготовленный к печати текст, сделал некоторые исправления-уточнения и просил считать этот текст авторизованным. Я старался как можно осторожнее редактировать рассказанное мне В. Кречмером, чтобы сохранить хотя бы местами прелесть немецкого колорита его русского языка.

М. Бурно

Бурно. Расскажи о твоих самых ранних впечатлениях-воспоминаниях.

Кречмер. Мне еще не было в ту пору [в начале 20-х годов] шести лет. Я лежал в кроватке и с удовольствием слушал камерную музыку из соседней комнаты. Там отец играл на скрипке [он был тогда заместителем директора факультетской психиатрической клиники], мать — на фортепьяно, известный невропатолог Шольц — на виолончели, Герман Гоффман — психиатр, особенно известный работами о навязчивостях и наследственности в психиатрии, — тоже на

скрипке. Оба были тогда ассистентами Гауппа*. Играли Шуберта, Шумана. И еще помню глубокую привязанность свою к живой природе, кажется, с самых первых встреч с ней. Когда уже сам стал гулять, все ходил в лес, в парк и рассматривал там растения, насекомых. Подолгу наблюдал за улиткой, ползущей по стене, наблюдал с восторгом за лягушками, жабами, кошками, собаками. Ходил в село — смотреть на коров. Отец не хотел, чтобы дома жили какие-то животные. Он не мог притронуться к собаке, потому что навязчиво боялся загрязнения. После купания в реке обычно долго навязчиво вытирался полотенцем в своей кабине, и вся семья его ждала. Уже ребенком, восхищаясь природой, я ясно чувствовал, что это как-то мне посылается, что цветы, улитки — все это от Бога.

Б. Расскажи еще об отце.

К. Отец был очень чувствительный, скрупулезный, неуверенный в себе, но благодаря большой энергии и добросовестности мог делать карьеру. Он, конечно, был пикник, больше циклоидности, практик, живой, любезный, общительный, с юмором, комическими анекдотами, но и с очень сложными, глубокими тревожными и навязчивыми переживаниями. Была у него и шизотимность в виде большой личной ранимости, чувствительности. Когда возникала какая-то трудность, проблема в отношениях с людьми, становился суховатым, серьезным, с некоторыми людьми даже прерывал отношения. Был очень разборчив в людях. Любил своих детей, рисовал им, тревожился о них, но старался не обнаруживать свое чувство, как это было принято тогда среди немецких мужчин.

Б. Это как в одном его позднем стихотворении:

Смотреть нам в жизнь дай лихо, браво,
Но за серьезными губами**.

К. Да, да. Отец окончил Тюбингенский университет в 1912 году (ему было тогда 24 года). Писал стихи и думал стать писателем. Хотел работать в провинциальной психиатрической больнице с хроническими пациентами, где врач после утреннего обхода и кофе обычно свободен и у него достаточно времени писать повести и новеллы. Но Гаупп приметил его, пригласил к себе ассистентом, отец не мог отказаться от такого приглашения, и не знаю как литерату-

* Роберт Гаупп (1870–1953) — директор факультетской психиатрической клиники в Тюбингенском университете, ученик Вернике и Крепелина, известен работами о паранойе, истерии, эпилепсии. — *(Прим. М.Е. Бурно.)*
** Пер. с нем. Е.И. Бурно. Из книги: *Kretschmer E.* Gestalten und Gedanken. 2 unveranderte Auflag. — Stuttgart: Thieme, 1971, s. 217.

ре, а психиатрии повезло. В 1918 году вышла первая книга отца «Сенситивный бред отношения».

Б. И родился старший сын — Вольфганг.

К. Да. Эта книга сделала отца доцентом, и тогда стало ему окончательно ясно, что он останется в науке, а то все были колебания.

Б. А что можешь рассказать о матери?

К. Она была дочерью лютеранского пастора. Луиза Кречмер, урожденная Прегицер, умерла в 1969 году. В юности очень красивая, без профессии, со школьным образованием, очень добрая, скромная, шизотимная. Они поженились в 1915 году, когда отец уже работал у Гауппа. Мать, видимо, сразу же поняла, что отца ждет великая карьера, и всячески облегчала его жизнь дома, чтобы помочь ему спокойно работать. Старалась освободить его от всего, что он сам мог бы не делать. Ради этого она сопровождала его в путешествиях на конгрессы в другие германские города и другие страны, отвечала на все письма, кроме писем к коллегам. Она вычитывала его рукописи и помогала исправить к лучшему некоторые места как редактор. Отец был глубоко благодарен ей, было у них большое взаимное доверие. Помню, как субботними и воскресными вечерами они читали вместе вслух, играли (скрипка и фортепьяно), как отец пел лирические песни, а мать аккомпанировала на фортепьяно.

Б. У вас была служанка?

К. Да, тогда это было так дешево, что даже ассистент, любой человек интеллектуальной профессии мог позволить жене служанку, чтобы жена не убирала квартиру, не готовила обед, а только составляла меню и помогала мужу в делах. Отец, когда заведовал кафедрой, работал в клинике до двух часов, и потом мы всей семьей обедали. После обеда отец писал и читал, порою принимал психотерапевтических пациентов. Но за обедом он рассказывал матери при детях, каких интересных видел пациентов, что рассказывали ему пациенты о Гитлере, о новых порядках, возмущался, смеялся, издевался над Гитлером. Мне теперь страшно это вспоминать. Если б он знал, что с ним могут за это сделать, если кто-то из детей такое где-то расскажет, он, очень тревожный, конечно, молчал бы. Видимо, он никак не мог отвыкнуть тогда от демократии.

Б. Отец был верующим?

К. Нет. У него было сложное отношение к религии. Сын лютеранского пастора, он был разочарован в религиозности своего отца, как и Юнг, как и Бонгеффер, тоже сыновья священников. Называл протестантизм (лютеранство) пустым, тревожным морализмом. Он не отвергал Бога, но и не мог, и не хотел проникнуться какой-то религией. Христианская религия стала ему чужой, но вопрос о Боге всегда в

нем оставался. В беседах со мной он никогда не говорил, что это пустяки, никогда не попрекал меня моей религиозностью и благосклонно отнесся к тому, что я стал ходить в религиозную школу к одному пастору, близкому к католицизму.

Б. А как развивалась твоя религиозность?

К. Я тоже чувствовал в юности недостаточность для себя протестантизма, и этот пастор помог мне понять христианство преимущественно католически. Католичество стало мне ближе, чем лютеранство. Но когда я пришел в Россию в 1942 году и постоял в брянских и калужских храмах на литургии, я убедился, что православие с его обрядами есть истинное, самое правдивое христианство. Официально я принял православие (таинство миропомазания) в 1962 году. В Германии православие теперь третье вероисповедание после протестантизма и католичества. В основном исповедуют у нас православие эмигранты — греческие и славянские (русские, сербы, болгары). А ведь я в гимназии шесть лет каждодневно учил греческий и девять лет — латынь, могу читать религиозные греческие оригиналы. Более того, я, конечно, полюбил славянское богослужение. А до 1962 года был официально лютеранин (как и все в нашей семье).

Б. Чем же православие для тебя правдивее других христианских ветвей?

К. Православные несравненно больше, глубже участвуют душой в вере. Внешние формы этой религии, ее обряды — прекрасный путь снаружи во внутреннее содержание христианства. В католичестве, лютеранстве обряды часто так и остаются обрядами, здесь мифологический мотив рождения младенца-жертвы, отношения Отца и Сына приобретают новый, истинно духовно-человеческий смысл. И Богоматерь как женский образ отношения к Христу... Это необыкновенно духовно. Литургия необходима для меня, я чувствую на литургии радостный свет в душе как истинное соединение с Богом. Уже в юности я чувствовал изначальный, вечный Божественный Дух, обращенный ко мне, и нравственный его смысл, чувствовал то, чего не чувствовал отец. Но православные обряды, как ничто другое, вводят меня внутрь христианской веры. В них видится между прочим, как природа, преображаясь, включается в религиозную жизнь... Я всегда удивлялся тому, что каждый лист одного и того же дерева отличается от другого. Природа каждым своим цветком, каждой уточкой в озере неповторима, неизмеряема. То есть она всем этим указывает на Бога-Творца.

Б. А как стал ты психиатром-психотерапевтом?

К. Стремления к медицине в гимназии у меня не было, хотя медицина и не была мне чужой, ведь отец рассказывал за обедом о своих пациентах. Я хотел быть зоологом, чтобы

изучать поведение животных в естественной обстановке, как Лоренц. Но, когда пришло время, отец сказал, что медицина — это более надежный хлеб и, кроме того, хорошая база для биологии, если не остынет к ней интерес. Я советовался с одним зоологом, и он сообщил мне, что Лоренц тоже сперва учился медицине. Ну я и поступил на медицинский факультет Марбургского университета. Нас ускоренно выпустили, потому что уже шла война. Я попал на фронт, а после войны у нас была некоторое время неуверенная экономическая ситуация, и я уже не стал учиться на зоолога. Решил, что пойду в психиатрию, так как она объединяет в себе и естествознание, и духовное. Поступил ассистентом в клинику отца.

Б. Расскажи о своих военных годах.

К. Два года был в брянских и калужских лесах, пока отец с помощью знакомого генерала-профессора не отозвал меня в 1944 году назад в Германию — для научной работы. После того, как мой брат погиб в России. Я был против этой войны. В сущности, был не участником войны, а посетителем на ней. Когда прибыл в Россию, уже прошла первая зима войны, и немецкую армию отодвинули от Москвы до калужских лесов. Единственный врач в батальоне, сражавшемся с партизанами, со своим медицинским ящиком, иногда палаткой... Я был тогда очарован лесными русскими растениями — таких прекрасных не было в Германии. С винтовкой в руке, в строю я вдруг увидел чудесный, такой красивый крупный цветок — Calla palustris*. Поразила священная атмосфера в тишине леса, изобилие растений, совсем нетронутых. Почувствовал себя как в священном зале, как-то очень сильно, остро ощутил тогда Бога в природе.

Я должен был лечить и русское население, чтобы не было эпидемий, чтобы инфекции не перекидывались на немецкую армию. Каждый день принимал пожилых людей, детей, женщин. Другие офицеры пили водку, а я сидел вечерами с учебником русского языка. И меня тронуло, удивило, что русские люди, приходящие ко мне за помощью из городков и деревень, так тепло относятся ко мне, врагу, будто я русский. В благодарность они приносили мне молоко, яйца. Женщины топили для меня русскую баню, я парился, и один раз в это время с русской стороны как раз обстреливали это место. Я почувствовал, понял, что у меня с этими простыми русскими людьми гораздо более теплые, человеческие отношения, нежели с товарищами по оружию. Так я полюбил русскую душу. Ходил в гости к своим пациентам по приглашению, ходил в церковь. Одни начальники-офицеры поощряли это, другие весьма хмуро относились к

* Белокрыльник болотный. — *(Прим. М. Б.)*

моим человеческим отношениям с русскими, но все же не запрещали так подолгу с ними бывать. Как врач я, конечно, мог себе это позволить: ведь неизвестно — может быть, я иду в эту избу больного навестить. Словом, меня не трогали.

Б. Может быть, потому, что относились как к неопасному чудаку, который изучает русских крестьян, как свои лесные растения, насекомых?

К. Да, да, это было именно так. И вот с тех пор все русское, славянское мне так дорого. Сейчас, на пенсии, я мог бы путешествовать в Америку, Африку, Индию, а я все приезжаю, особенно в последние годы, к славянам: в Россию, Югославию, Польшу, Болгарию, к чехам, словакам. Если я не побуду со славянами в общей сложности трех месяцев в году, мне плохо. Нигде более нет такой душевной открытости, искренности, участливости, даже если человек мало говорит. Наверное, моя тяга к России глубоко наследственна. Ведь два моих тюбингенских предка из XVIII века были путешественниками-натуралистами в России. Мой предок по отцу Иоганн Георг Гмелин — участвовал во второй Камчатской экспедиции Беринга—Чирикова. Академия наук в Санкт-Петербурге издала 4 тома его труда «Флора Сибири». А у его племянника Самуила Готлиба Гмелина вышло в Санкт-Петербурге «Путешествие по России для исследования трех царств естества», тоже в четырех томах*.

Б. Ты говоришь на многих языках. Как это удалось?

К. Я, как и отец, получил в классической гимназии основательно только греческий и латынь. Но уже в гимназии почувствовал расположение и способности к языкам, взял это в свои руки. Окончив гимназию, уже знал французский, английский. Потом изучил испанский, занимался итальянским. На фронте освоил русский и даже занимался церковнославянским, посещая православные храмы. Церковнославянские, русские религиозные тексты меня убеждали в высшей правдивости православия.

Б. Но мне рассказывали на Западе, что ты говоришь на всех славянских языках.

К. Да, читаю на всех. Чем больше знаешь языков, тем легче овладевать следующим.

Б. А отец мог говорить на каком-нибудь иностранном языке?

К. Нет. Он мог только немного читать по-французски. Пытался с учительницей заниматься английским языком перед поездкой с докладом в США, но делал очень небольшие успехи. Так трудно давалось произношение... Такова его особенность. Все иностранные дела в клинике, все пациенты-эмигранты были в основном на мне.

---

* См. о Гмелинах в наших энциклопедиях. — *(Прим. М. Б.)*

Б. Когда отец особенно много занимался психотерапией?

К. В тридцатые годы — в гитлеровское уже время; он писал об этом мало, случаев не публиковал, печатал лишь теоретические работы. Это статья «Структура личности в психотерапии» (1934) и книга «Психотерапевтические этюды» (1949). В 20-е годы важность психотерапии в германской психиатрии вообще не признавалась. Но, помню, Эуген Блейлер из Швейцарии тогда весьма поддерживал и конституциологические исследования отца, и его интерес к психотерапии.

Б. Мы знаем, что теоретическое существо психотерапии Эрнста Кречмера в том, чтобы помочь пациенту приспособиться в жизни соответственно своим конституциональным основам, найти свое целебное жизненное поприще. Твой отец писал стихи, хотел писать новеллы и повести, рисовал, играл на скрипке, изучал творчество гениальных людей. Почему же он не применял все это в своей психотерапии, ограничивался до конца жизни, как знаем, лишь индивидуальными встречами с пациентами и психотерапевтическими советами?

К. Видимо, потому, что боялся за свой научный престиж. Строгий немецкий ученый совет не понял бы, не пропустил бы всего этого.

Б. И, наверно, еще потому, что даже в Западной Европе профессор, заведующий кафедрой не может работать практически-психотерапевтически с достаточно большим количеством пациентов, как практический врач, «засучив рукава»?

К. Да, конечно. В таком положении оказался и я, когда отец дал мне как часть своей кафедры отдел медицинской психологии и конституциональной биологии. Ведь отец руководил кафедрой психиатрии и неврологии, это для него было принципиально важно, чтобы вместе — тело и душа. А после ухода его на пенсию возникли, кроме моего отдела, отдельно кафедры психиатрии, неврологии и еще кафедра психоанализа. Мой отдел умер с моим уходом на пенсию в 1983 году. Умер потому, что некому у нас продолжать это дело. Работы отца считаются классическими, но по-настоящему дело отца, особенно его психотерапевтическая концепция, не развивается сейчас в Германии. Это прозвучало достаточно ясно на праздновании столетнего юбилея отца в Тюбингенском университете*. Нас тоже заливает психоанализ. И ты, наверно, лучший ученик моего отца, чем все у нас там. Отец бы тебя хорошо понял и принял. И меня ты понимаешь лучше, чем кто-либо еще в России.

Б. Спасибо. Мне все это, конечно, дорого. Как складывалась твоя научная жизнь?

К. В 1951 году я стал у отца доцентом, благодаря моей

* См. Tübinger Blätter, 1988. S. 93–94.

первой книге «Невроз как проблема созревания» (1951). Это исследование незрелости у невротиков, которая обнаруживается и в телосложении. Изучал конституциональные возрастные типы. Развивал здесь положения отца. И еще, работая над диссертацией, полгода стажировался у Манфреда Блейлера в Цюрихе. Таким образом, я стал преподавать. Ведь ассистент не преподает, он только помощник профессора.

Б. Это как у нас старший лаборант.

К. Да, у нас до сих пор первая диссертация — докторская. Защищается она после окончания университета. Докторская диссертация отца — «Бредовые идеи депрессивных» (1913), а моя — о расширении ядра ганглиозной клетки при раздражении соответствующих нервов (1942). Вторая диссертация у нас — доцентская, она должна быть опубликована. У отца это — «Сенситивный бред отношения» (1918). Дальнейший шаг от доцента до профессора у нас более-менее автоматический — через несколько лет. В 1959 году я был приглашен на два года в Чили и Колумбию как гость-профессор — читать медицинскую психологию, так как знал испанский.

Б. Расскажи об остальных твоих книгах.

К. Вторая книга «Психологическая мудрость в Библии» (1956) — философско-психологическое толкование первой главы Бытия. Суть ее в том, что читать о событиях в этой главе надо не как о внешних событиях, а как об отражении процесса душевного и духовного развития, то есть перенося все на внутреннюю сцену. Это только кажется, что это внешние события, а на самом деле это мифологические образы, объясняющие развитие человеческой души и духа. Мифология евреев включает в себя многое общечеловеческое. Бог-как-Личность, начало всего, создает Природу, и она отражается в чувствах и мыслях. Каждый образ (растение, животное, море) — это символ, означающий что-то в человеческой душе. Книгу мало кто купил, но некоторые глубоко ее прочувствовали и даже сейчас, узнав, что это я ее написал, сообщают мне об этом с благодарностью. Третью книгу, «Врач в наше время», (1960) написал в Чили по-испански. Это не очень сильное социально-психологическое сочинение, критический обзор позиции врача в обществе, об отношении врача к пациентам. Четвертая книга — «Созревание как основа кризиса и психоза» (1972) — чисто психиатрическая монография, охватывающая и проблему созревания при неврозах. Это книга о зависимости психических нарушений от биологической почвы созревания, от биологической зрелости. Эта идея развития в психиатрии идет к нам еще из прошлого века*. И, наконец, последняя, пятая книга «Психоанализ в противоречиях» (1982) — критика

* Подробнее — в работе 3.6.

психоанализа и размышления о других путях психотерапии в наше время, о различных синтетических направлениях: от анализа к синтезу и лечебному переживанию.

Б. Теперь поговорим подробнее о твоей психотерапии и о твоем мироощущении, о мироощущениях вообще, с которыми всегда так сильно, подробно связаны психотерапевтические направления. Ведь ты уже давно убежден в том, что пациентам следует серьезно помогать и духовной культурой. Что ты называешь культурой?

К. Культура — это родина человека. Мы не можем и не должны избегать ее разными психологическими увертками. Культура кормит, исцеляет нас, поскольку она сама здорова. Пусть не каждый день, но возникают ситуации, когда с пациентом возможно говорить о душе, о поэзии. Даже когда мы хотим религиозное переживание передать другим людям, делаем это средствами культуры. Но человек может получить религиозный опыт, конечно, и без искусства, без мышления. Например, в медитации. Когда человек приближается к Божественному и возникает непосредственное ощущение, переживание святого без определенных понятий и предметов, это и есть мистика. Мистика постоянно оживляет религию, ее обряды, мораль. Верующие часто жестко выполняют правила религии без живого опыта, и некоторые священники боятся индивидуального, мистического опыта верующих, так как это уже не догма. Мистики показали, как можно иметь более глубокие религиозные опыты. Смысл литургии в том, чтобы почувствовать Бога, привести к непосредственному мистическому опыту. В божественной литургии культурное и мистическое сливаются в одно, и человек испытывает божественный восторг, свет в душе, чувствуя, что Бог таким образом обращается лично к нему, чувствует нравственную силу этого воздействия. Цель литургии — встреча с Богом. Переживание есть истинно мистическое — когда человек переживает «совсем другое».

Б. То есть не земное?

К. Да, переживание совсем другого порядка, и это есть во всех религиях...

Б. Я, как знаешь, нерелигиозный человек, но тоже испытываю по временам светлое мироощущение, творческое вдохновение, переживание доброжелательности, любви (в широком смысле) ко многим людям. Однако не чувствую это как встречу именно с Богом, как если бы Бог обратился именно ко мне. Чувствую этот душевный, духовный свет как излучение моего собственного тела, моей собственной природы, саморазвивающейся среди людей, растений, животных, среди неба и земли. Мало того, чувствую, что мне другого не надо, также как, например, Саврасов, видимо, не хотел бы видеть мир и изображать его так, как Рерих.

В чем тут дело? Ты думаешь, я нерелигиозный конституциональный тип?

К. Да, есть люди, весьма предрасположенные к религиозному, мистическому опыту. Я пишу об этом в своих дополнениях в последнем издании книги отца «Строение тела и характер». Шизотимные люди, конечно, особенно остро могут непосредственно почувствовать абсолютное. Циклотимным людям это труднее, но они зато хорошо по-своему понимают, чувствуют, что Бог есть Любовь.

Б. Но ведь им трудно оторвать чувство любви от отдельных, конкретных людей.

К. Да, верно, они имеют менее совершенный, или, правильнее, другой конституциональный аппарат для общения с Богом.

Б. То есть конституцию человека по-твоему возможно сравнить, как это сейчас делают, с приемником, например телевизором, который принимает духовную, божественную программу? Этот приемник может быть грубым, попорченным, с расплывчатой картиной, без цветного изображения и т. д.

К. Да, это интересное, верное сравнение.

Б. Вот я чувствую себя не приемником, а источником своих духовных движений, своего светлого мироощущения, когда я открыт творчеству и любви. Думаю, что я духовный материалист, потому что не могу оторваться от чувства первичности материи, природы по отношению к духу, как и одухотворенный русский поэт Баратынский, который называл себя за это «недоноском».

К. Это вечная проблема. Но я думаю, что если в переживании душевного света ощущение Бога не получено, это все равно хорошо, хотя и неопределенно. Но литургия может помочь направить это переживание к Христу. Кстати, медитация — это та же проблема: не знаешь порой, религиозное это переживание или нет.

Б. Скажи, когда верующий человек с мистическим опытом в душе умирает, он входит в это светлое мистическое переживание уже навечно?

К. Да, возможно. Может быть, это не все и всего не узнаем никогда. Но допустимо, что в этом мистическом переживании, которое вот испытываю немного в литургии, спасенный верой пребывает вечно. К этому переживанию подходит еще слово «теплота».

Б. Этот свет лишен всего национального, исторического, природного, в нем только линии и краски, как в композициях Кандинского?

К. Да, но у Кандинского большое сужение переживания. В его линиях и красках нет света и тепла.

Б. Можно сказать, что к этому светлому, теплому, мистическому переживанию особенно предрасположены люди,

например шизотимы, которые по природе своей чувствуют дух первичным, изначальным по отношению к материи?

К. Противопоставление духа и материи — дуализм. Дух и материя — это ведь разные аспекты одного целого. Невозможно оторвать одно от другого, объяснить одно, отойдя от другого. Когда человек мертв — это уже не тело, а скопище молекул. Человек живет как личность — и тут нельзя отгородиться от телесных, физиологических основ.

Б. А как уходит дух из тела и как поселяется в нем?

К. Это Тайна...

Б. Я тоже думаю, что это вечная тайна, неразрешимый вопрос. Но я убежден по жизни, по разговорам с людьми, что многие люди природой своей чувствуют материю первичной по отношению к духу, а многие другие — наоборот.

К. Дух можно понять как двигающий, управляющий принцип. Современная физика показывает, что материя есть всего лишь отношение, она растворяется, исчезает. И когда человек испытывает мистическое переживание, он чувствует дух в своем изначальном, чистом виде. Все религии предполагают, что дух — основа всего.

Б. То есть он изначален, первичен. А другие думают так о материи. Мне передали, что один православный священник сказал обо мне, прочитав мою книгу «Терапия творческим самовыражением», где я описывал, как по-доброму заботился о своих пациентах, что мое неверие угодно Богу. Как это понимать?

К. Я тоже так думаю.

Б. Но тогда Бог — просто символ добра, а далее люди понимают, чувствуют его каждый по-своему, в соответствии со своими особенностями, своей конституцией. Или это так только для меня, а для верующих иначе?

К. И неверие в Бога тоже нужно, чтобы вера постоянно возрождалась.

Б. Люди рассказывали мне, что, испытав в церкви светлое духовное переживание как божественное послание им, они и проникались по-настоящему с тех пор верой, становились истинно верующими. Все ли могут ощутить этот чистый, беспредметный, сильный свет в душе, Божественный свет без мыслей и образов?

К. Человек способен смотреть сквозь иконы. Многие не понимают символики вообще, и надобно им указать этот путь. Если икона для человека только картина, то все остается в узко-человеческой области, и этого недостаточно, чтобы постичь Божественную правду. Что же касается личных, мистических опытов, духовного света, то об этом лучше не говорить, лучше оставить это открытым, так как ответ труден. Тут необходима вера, не мысль. Но мне ясно, что каждый человек, независимо от своего конституционального

типа, имеет естественную способность познать и пережить святое (то есть непосредственную связь с другим, трансцендентным, потусторонним миром, с Богом), только формы этого могут различаться. Человек подходит к Богу как индивидуум, личность и одновременно получает как пустой сосуд. Но если ставишь здесь акцент только на индивидуальность, то ограничиваешь себя. Меня эта проблема мучила в 15—16 лет. Это была проблема моей личности. Интуиция святого была у меня с детства, я всегда был мистик, видел в природе Бога как Творца, но все искал конкретную религию, подбирал ритуалы сообразно своим особенностям. А отец был атеист, хотя тоже был привязан к природе и искусству, видимо, каким-то пантеистическим чувством. Ощутить Бога в истинном смысле он не мог. Иисус как образ Любви — это ему не было понятно.

Итак, культура, по-моему, — это то, что человек сам создает из природы. Природа происходит, движется сама из себя, без вмешательства человека. Когда человек пьет воду из природного источника — это естество, а когда строит колодец — это уже культура. Культура — это есть духовная жизнь без мистического переживания в религиозном смысле. Бог — это уже не культура, не психотерапия. Святое — больше, чем родина, это источник, дающий силы, направление, чтобы жить. А культура — родина человека в том смысле, что он в ней родился и хочет в ней жить. Святое — это как подарок, который может быть и каждое воскресенье в церкви, а у святых это — каждый день. Психотерапия исходит из культуры и применяет культуру.

Б. Некоторые наши психотерапевты-священники полагают, что задача всякого психотерапевта — помочь пациенту найти свой путь к Богу. Ты с этим согласен?

К. Такое случается, но это не есть задача психотерапевта. Психотерапевт (и не только поведенческий) может не быть религиозным человеком, а психотерапия его, несмотря на это, может быть отворена в религию, как система Адлера или Юнга. Они ведь сами просили не смешивать их психотерапию с психоанализом Фрейда и его последователей. Психотерапевт, конечно, не может отказаться от религиозного разговора с пациентом, но это всегда чисто человеческая ситуация, это не психотерапия.

Б. В чем же самое существо твоей Синтетической психотерапии?

К. В том, что биологическое, психологическое и духовное синтетически включаются в психотерапевтической процесс, а все это невозможно без включения культуры в психотерапию. Сообразно этому содержание Синтетической психотерапии составляют три следующих подхода: 1) «упражненческий» (внушение, гипноз и тренировка); 2) познание

самого себя, своих ценностей (в широком, в том числе религиозном, смысле); 3) способствующие духовному развитию положительные переживания и творчество*.

Б. Чем отличается здесь духовное от психологического?

К. Психологическое — это различные душевные процессы, совершающиеся по правилам, закономерностям, например, примитивные реакции, характерологическое, формы темперамента, чувства. Духовное — все, что переступает эти правила. Это уже почти не зависит от строения тела и от характерологических (душевных, психологических) особенностей, это личностное. Духовное в философском понимании — это ум и воля.

Б. Но аутистическая и синтонно-реалистическая структуры мысли, свойственные соответственно шизотимам и циклотимам, разве не есть особенность ума?

К. Это труднейший философский вопрос. Ум всегда связан с душой, когда работает. Он не существует сам по себе. Или он располагает душевные стремления, или управляется душевными тенденциями. В Синтетической психотерапии можно говорить только о духе в философском понимании, но не о Святом Духе, направляющем человека на путь добра.

Б. А дух в философском понимании (как ум и воля) вечен?

К. И да, и нет. Вечен, так как личность вечна. Этого нельзя доказать, но мы можем верить, что наша личность как духовное в своем ядре Вечна, связана с замыслом Бога. И тогда наступает освобождение духовного от душевного (психологического, характерологичекого) и биологического. И в то же время дух не вечен, поскольку зависит от душевных и биологических условий.

Б. Значит, особенности воли и рассуждения связаны с душевно-телесной конституцией?

К. Формы, в которых осуществляются воля и рассуждение, зависят от конституции. Так, рассуждение может быть аутистическим или реалистическим, но оно здесь нравственное по своей сути.

Б. Как происходит в Синтетической психотерапии воздействие положительными переживаниями и творчеством?

К. Вспоминаются положительные события в прошлом, особенно в детстве. Общение с людьми, с которыми чувствуешь себя хорошо. Слушание музыки, смех и т. д. В стационаре мы устраивали театр, где пациенты ставили сказки, пели народные песни. В этом участвовали даже больные психозами. Например, целая палата пела спокойную песню пе-

* См. подробнее в моей книге «Терапия творческим самовыражением» (1989, 1999). — *(Прим. М. Б.)*

ред сном. Но в основном это, конечно, советы постоянно искать положительные переживания. Лечение творчеством выражалось также советами попробовать рисовать (давали бумагу, краски). Это ведь возможность и выразить себя, и сделать полезное.

От психоанализа Фрейда и его последователей Синтетическая психотерапия отличается тем, что призывает пациента собственными силами обрести свою ценность, построить свою судьбу. Психоанализ не дает такой возможности, волю пациента не упражняет. Разумеется, истинный психоанализ — без Юнга и Адлера.

Отличие же от психотерапии Юнга и Адлера в том, что они не включали в свою психотерапию биологические аспекты, хотя оба были врачами. Не говорили ничего ни об аутогенной тренировке, ни о лекарствах. Акцент у обоих на психологии. У Адлера — человек должен стремиться к совершенствованию себя, и это мне очень близко и включено в мою психотерапию. Для Юнга духовное возрождение личности осуществляется через глубинное самопознание. Но практически он не заботится о духовном существовании пациентов, лишь подводит их к границе возрождения.

Отец, как я уже говорил, очень осторожно вводил культуру в лечение. Он сам работал с пациентами лишь индивидуально, как и Фрейд, Адлер, Юнг. В стационаре способствовал переходу некоторых творческих пациентов от трудовой терапии к художественным занятиям. Многие больницы после войны вводили художественные (главным образом «декоративные») занятия, программы для больных. Но дальше похвал пациентам отец все-таки не шел. Синтетическая психотерапия обращена к актуальному и будущему, помогает пациенту найти (и с помощью культуры) свой путь, смысл жизни. Она лишь моментом вбирает в себя конституциональную психотерапевтическую концепцию отца. Конституциология показывает и возможности, и границы психотерапии. В отличие от отца думаю, что мы не можем так точно определить конституцию. Но разницу эту между нами не считаю принципиальной. Отцу, как я уже говорил, не удалось создать систематизированный метод в психотерапии. Все его попытки здесь остались в общих положениях. Это была трагедия его жизни. Он не стремился создать психотерапевтическую школу, но все же хотел оказать влияние на развитие психотерапии. И эта беда у нас с ним общая. Взгляды его были тоже слишком широки, чтобы методически сложить какую-то свою психотерапевтическую систему. И моя Синтетическая психотерапия не разработана в метод, нет конкретности, системы, практических методик.

Б. А как ты пришел к Синтетической психотерапии?

К. Главным образом через себя, с детства чувствуя важность природы и культуры для себя. С работами Ассаджиоли встретился, когда уже сам много думал об этом.

Б. Каких пациентов ты особенно любишь, охотнее лечишь?

К. Невротических пациентов с высоким культурным уровнем, пациентов после шизофренического острого психотического состояния, которых нужно сопровождать по жизни.

Б. В чем, по-твоему, смысл жизни?

К. В саморазвитии, в самостоятельном пути, в теплой откровенности, открытости к людям и природе.

Б. Расскажи еще о своих родных, близких людях. На кого ты генетически больше похож — на отца или мать?

К. Я, старший сын, пошел в мать, и внешне тоже. Средний сын, Ганс Дитрих, погибший на фронте в 1944, пошел в отца. Он тоже, как и отец, играл на скрипке, хотел изучать музыку. Погиб, когда его произвели из солдат в лейтенанты. Мать написала мне об этом на фронт. Младший сын Манфред — тоже в отца. Тоже пикник, и в нем тоже тревожная скрупулезность. Он практический психиатр и много лет был директором психиатрической больницы недалеко от Боденского озера. Теперь он на пенсии, играет на виолончели.

Первый раз я женился в 1947 году на дочери протестантского священника, приятеля отца. Второй раз — в 1970 году, на дочери текстильного купца, тоже немке. Мой сын Стефан — служащий, занимается организацией продажи автомобилей. Дочь Сабина окончила университет и преподает французский и русский языки в гимназии. У нас в гимназиях нередко преподают русский язык, правда, небольшим группам гимназистов, желающим глубоко изучать русскую культуру. Теперь же изучение русского еще более усиливается, так как есть широкие возможности ехать работать в Россию, как в старину. И еще в общей сложности у меня пять внуков.

Б. Как живешь на пенсии и что сейчас пишешь?

К. Как нештатный профессор читаю лекции и провожу семинары в университете по своему желанию, когда хочу. Вот проводил семинар о психотерапевтическом значении немецких и русских народных сказок. Вхожу также в комиссию по приему кандидатов в доценты, в комиссию по докторским диссертациям. Еще немного занимаюсь частной практикой. И, конечно, путешествую. Потихоньку пишу книгу о своих отношениях со славянами, о глубоких взаимодействиях, взаимосвязях между немецкой и русской психиатрией, психотерапией, между нашими культурами вообще, о наших отношениях в истории.

Б. Желаю тебе сил и вдохновения. Спасибо.

Вольфганг Кречмер: Внутри России
(Статья из газеты «Stuttgarter Zeitung», октябрь 1954, написана еще под впечатлением военных переживаний)

Россия — страна контрастов. Все ее люди носят в себе эти контрасты как источник творческой силы: дикость и порядок, гордые желания и тихое раздумье, алчность и доброту. Живущий в России испытывает на себе эти основные мощные движения российской жизни, которые заглатывают душу или возвышают ее, ведут к неизмеримой свободной любви. Это влияние испытывает не только русский, но и чужестранец, надолго приезжающий в Россию. Это подтверждается примерами честолюбивой государыни Екатерины Второй, врача Фридриха Иосифа Гааза, который отдал всю свою славную жизнь, чтобы облегчить жребий узникам, а сам стал фактически нищим.

Огромное душевное напряжение от этих контрастов перенесли также многие миллионы немцев на мрачной дороге Второй мировой войны на далеком Востоке, куда были внезапно брошены и где увидели то, что прежде никогда не видели — внутреннюю жизнь современной им России. Когда я в 1942 году оказался в Калужской области, одинокий среди многих и грустный среди побеждающих, меня поразило неожиданное ощущение родины и утешения-отрады во «вражеском стане». Простые русские люди поняли меня — и тогда Россия меня приняла и неожиданно открылась мне. Я попал в одну из бедных местностей большой России, а ведь только уединенной дорогой бедности возможно войти во внутреннее, сущностное Восточной Европы. Среди сосновых лесов, полей и рощ лежала низкая деревня без улиц, без заборов, без замков на дверях. Все тонуло в меланхолической серости — хмурое небо, голые деревья, соломенные крыши, серые бревна стен. Но внутри — икона в углу, освещенная пламенем вечной лампадки, темная пещера открытой печи, горящие в ней дрова. И в России, и на Украине — редко где мы не встречали в доме икону. Средневеково покоилась здесь жизнь в своих началах. Всюду я чувствовал приветливость людей, их душевную открытость. Были и грусть, и смех, и любовь — все как всегда. Я мог зайти в любой дом — погреться, выпить горячего — и в городе, и в деревне. В брянских лесах полюбил я изобильную плодородность земли. Часами сидел по вечерам и с украинскими друзьями возле кафельной печи или возле самовара за столом. Зима сменялась там весной, жизнь была проста, бедна, но человечна. Если бы люди не искали загадки России там, где все ясно как день, и не были слепы там, где глубокие тайны становятся очевидными сами по себе, они бы сказали, как Рильке:

Как нова эта страна
И как будущна.

Сокращенный перевод с немецкого Е.И. Бурно

ПАМЯТИ ВОЛЬФГАНГА КРЕЧМЕРА (1994) [78)]

Доктор медицины Фридрих Вайнбергер, председатель Германского комитета борьбы против использования психиатрии в политических целях, несколько дней назад сообщил президенту НПА России Ю.С. Савенко факсом: «Прискорбная весть — умер Вольфганг Кречмер». Еще в июне В. Кречмер и Ф. Вайнбергер работали вместе в Москве, в семинаре, организованном Независимой психиатрической ассоциацией (НПА) России. Ф. Вайнбергер рассказал тогда о современной германской психиатрии, а В. Кречмер читал лекции и проводил клинические разборы на тему «Духовные подходы в психиатрии и психотерапии». Этот семинар серьезно способствовал возвращению духовности, человечности в нашу психиатрию.

Вольфганг Кречмер, известный не только в Германии психиатр-психотерапевт, профессор Тюбингенского университета, сын знаменитого Эрнста Кречмера и Луизы Кречмер (урожденной Прегицер), родился 2 февраля 1918 года в Тюбингене. Он был почетным членом НПА России и почетным членом Российского общества медиков-литераторов. В живых подробностях В. Кречмер рассказывал уже о своем жизненном пути, о родителях и своем мироощущении (религиозном и психотерапевтическом), о своих книгах и своей Синтетической психотерапии (см. мои «Беседы с Вольфгангом Кречмером»). В этом поминальном очерке хочу лишь подчеркнуть, что психиатрически-психотерапевтическое мироощущение Вольфганга Кречмера довольно сложно: включает в себя в едином ансамбле некоторые убеждения в духе «биологической психологии», конституциологии его отца, мотивы индивидуальной психологии А. Адлера и собственные духовно-идеалистические, религиозно-этические представления (кстати, обнаружившиеся и в его статье «Естественные основы этики», опубликованной по-русски в сборнике «Ваш ключ» (М.: Российское общество медиков-литераторов, 1994. С. 19–20). Главный вклад В. Кречмера в медицину и психологию, думается, — синтетическое включение в психотерапевтический процесс, наряду с биологическим и психологическим, духовного начала в виде целебного воздействия на пациента духовной культурой, а именно — положительными переживаниями и творчеством. Здесь, как обычно, особенность сложного психотерапевтического подхода тонко согласуется с личностью психотерапевта. Неутомимый, стройный, с трогательной легкой неуклюжестью путешественник, замечательный знаток мировой духовной культуры со склонностью к отвлеченно-философским, строго элегантным построениям и в то же время неравнодушный к полнокровно-природному, четкий, глубокий в своих научных размышлениях и обширных знаниях. В чем-то

он был юношески застенчив, неуверен, хрупок и отнюдь не синтонен по существу при всей высокой своей общительности, охваченности собственными радостными переживаниями и творчеством. Одухотворенный славянофил, исповедующий православную веру, владевший, кроме главнейших западноевропейских языков, многими славянскими, он жадно изучал Россию, русских людей — еще со времен Великой Отечественной войны, на которой был военным врачом. Сложно, по-своему, полюбив Россию и русских людей, В. Кречмер неуютно чувствовал себя в положении завоевателя и по-доброму тянулся в избы к простым деревенским людям, пользуясь тем, что как врач должен был для профилактики эпидемий в своей армии лечить и наших крестьян. Как он рассказывал, его усаживали к самовару, топили ему баню (см. об этом и в статье В. Кречмера «Внутри России»). С детства влюбленный во все живое, природное, посвященный в подробности ботаники и зоологии, восторженно общался он в партизанских лесах с необычными для него дикими российскими растениями и птицами. Последние 20 лет В. Кречмер каждые 2—3 года приезжал в Россию. Поражался я и его глубоким знанием русской истории, нашего искусства, нашей литературы и архитектуры, истории русской психиатрии, психотерапии, философии. Он давно уже готовился писать книгу о глубинном взаимодействии славян и немцев в истории человечества, о взаимодействии, взаимовлиянии славянских и немецкой культур, и в том числе наших психиатрических, психотерапевтических подходов. Последние наблюдения-размышления на эту тему В. Кречмер, быть может, записал в свой журнал путевых впечатлений с крепкой обложкой, этим летом в северной русской деревне. Ему так мечталось и удалось наконец, побывать там, но, как оказалось, перед самым уходом из жизни. Удалось благодаря архангельским коллегам — прежде всего, профессору П.И. Сидорову и доктору А.Б. Богданову. Это была бы, думаю, необычно-прекрасная книга, несущая в себе цепкое до жесткости мышление автора, соединенное с несколько отрешенной, но сильной нежностью. Вольфганг писал мне по-русски 17 сентября 1990 г.: «Никакой народ в Европе не познакомился в такой мере со славянскими культурами и не признал их так, как немцы на Востоке от Пруссии до Австрии. Нигде нет такого количества переводов славянских литературных произведений. Славяне постоянно жили, прямо или косвенно, вместе с немецкой культурой; только они поняли и приняли наш экспрессионизм в живописи и в поэзии. Что объединяет нас с русскими наибольше, так это стремление к широкой философской перспективе и к углублению чувством. Между нами и славянами нет такой резкой границы, как между нами и Западом, а только

переходы и оттенки. Это как нерасторжимый брак, в котором глубинные великие согласия сменяются спорами и ненавистью». И подписывал свои письма ко мне в последние годы русским словом «Волк».

Волк умер в своем саду, ухаживая за растениями.

18 сентября 1994 г.

О НАЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТИ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (1997) [103)]

Вместе с заграничной поистине совершенной медицинской техникой и качественными лекарствами пришли к нам теперь и западные психотерапевтические методы: психоаналитические, экзистенциально-гуманистические, технические (к примеру, нейролингвистическое программирование). С благодарностью принимает Россия (как, впрочем, и в прошлом веке) западное техническое, технологическое совершенство, но нередко с равнодушием и даже сопротивлением встречает то, что с нашей сравнительно несовершенной техникой и технологией мало связано: разнообразные дары Природы и духовное творчество.

Психотерапия (в том числе клиническая) в отличие, например, от кардиологии, хирургии и даже психиатрии (с ее синтетическими психотропными лекарствами), как и теоретическая математика, поэзия, весьма мало зависит от техники и технологии. Зависит преимущественно от богатства, живости, образованности творческой лечащей души врача. Диагностическими техническими инструментами, химическими препаратами возможно прикасаться лишь к материальной (телесной) основе духа, к его источнику, но не к самому духу. К больной душе психотерапевт прикасается собственной профессионально-психотерапевтической душой, и это прикосновение отворяет волшебно организмические аптеки. Для серьезного целительного эффекта здесь нередко необходимо сложное созвучие душ психотерапевта и пациента. Это возможно тогда, когда есть духовное генетическое сродство психотерапевта и пациента, их обоюдная проникнутость российской природой и культурой (нашими березами и полевыми цветами, нашими Достоевским, Толстым, Чеховым, Саврасовым, Левитаном, Платоновым, Пастернаком, Тарковским). Не случайно ведь не было у нас интеллектуальной философии, подобной философии Канта и Гегеля, и философия наша поначалу растворялась в художественной психологической прозе, а потом высветилась как особенная российская религиозно-нравственная, духовно-теплая философия (Соловьев, Бердяев, Булгаков, Франк)*. Не случайно одухотворен-

но-размышляющий Андрей Тарковский — не психоанализирующий Ингмар Бергман: Тарковский происходит от Андрея Рублева, как и наш сегодняшний психотерапевт-психолог Федор Василюк. Не случайно мы не по-американски осторожны со словами любви и читаем книги в метро — к удивлению иностранцев. Неспроста холодновато-следовательский психоанализ не смог полноценно развиваться на российской почве в 10—20-е годы XX столетия, когда было для этого более чем нужно возможностей и разрешений. Позднее русские эмигранты на Западе, сделавшие так много для мировой духовной культуры, также мало тянулись к психоанализу. Дело, думается, тут в том, что «загадочная русская душа», в своей заостренности-сгущенности часто выступающая в наших психотерапевтических пациентах, в целом искони глубоко серьезна, реалистична (и в своей религиозности, и в своих нравственных размышлениях-сомнениях), одновременно лихо-размашиста и застенчиво-тревожна, болезненно совестлива, с искренним стремлением к общественной пользе. Мы — дети нашей Природы и Культуры, и нам необходима, в случае душевных трудностей, страданий, прежде всего наша, российская психотерапия, отвечающая нашему российскому духу. Так же, как нам необходимы, прежде всего, наши литература, искусство, наша религия, наши лопухи и крапива.

Даже самые прекрасные западные психотерапевтические приемы, не имея глубинного генетического сродства с нашей природой, культурой, мало приживаются у нас, обнаруживая, в лучшем случае, лишь отдельные грани созвучия с русской душой. Знаменитый Милтон Эриксон, дабы доказать стеснительной, считавшей себя уродливой телом, молодой пациентке, что знает как врач о ее совсем не уродливом теле (хотя и не видел ее раздетую) больше, чем она сама, сообщает ей, что ее лобковые волосы темнее тех, что на голове, что цвет ее сосков иной, нежели цвет остальной кожи (Хейли Д. Необычайная психотерапия / Пер. с англ. СПб.: Белый кролик, 1995. С. 117). Помогли бы подобные «смелые» психотерапевтические приемы нашим, не-американским, стеснительным пациентам?

Российская отечественная клиническая психотерапия, глубинно отвечающая российскому духу, с трудностями, но все же развивалась в идеологически сложное советское время, под прикрытием сугубо медицинских занятий, и она у нас есть сегодня (см. прежде всего 3 тома «Руководства по психотерапии» под ред. В.Е. Рожнова, 1974, 1979, 1985). Теперь она усложняется, углубляется во взаимодействии с психологической психотерапией, психиатрией, соматологией, философией и художественной культурой в атмосфере нашего демократического раскрепощения.

* См. раздумья об этом, например, в очерке С.Л. Франка «Русское мировоззрение» (1925).

АПОЛОГИЯ ГАННУШКИНА (2002). [130)]
(К КУРСУ ЛЕКЦИЙ Е.В. ЧЕРНОСВИТОВА «СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА»)

Евгений Васильевич Черносвитов примерно четверть века назад учился в клинической ординатуре на нашей кафедре (сейчас мы называемся кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования (Москва)). Клинического созвучия, психиатрического взаимопонимания у нас с ним не было. Вообще ординатор Черносвитов был на редкость углубленно-самостоятелен в своей врачебной молодости, и это прекрасно. Мне кажется, уже тогда у Евгения Васильевича обнаруживалось тяготение не столько к клинической, сколько к социальной медицине, к философии. Помню, как был он мне светло благодарен, когда подарил ему в ту пору фотографический портрет молодого Ясперса.

В этом году вышла книга Е.В. Черносвитова «Социальная медицина»: Учебное пособие для вузов. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. 254 с. И вот не могу не написать о том, что Петр Борисович Ганнушкин, по-моему, совсем другой, нежели изображен в этой книге. Ганнушкин (1875—1933) — мой учитель. Я родился после того, как он умер, но Петр Борисович для меня всегда был живым в своих глубоких, классических работах-переживаниях и воспоминаниях о нем коллег и пациентов. То, что он сделал для моего психиатрического, психотерапевтического воспитания, образования, бесценно. Евгений Васильевич должен меня понять, потому что у него, как он пишет, есть свой учитель, которого он защищает от Ганнушкина. Это — Иван Борисович Галант (1893—1978), около 40 лет заведовавший кафедрой психиатрии Хабаровского медицинского института. Наконец, я сам — преподаватель, психиатр-психотерапевт, постоянно опирающийся в своих занятиях на работы Ганнушкина. Мне хотелось бы здесь заранее ответить на те вопросы о Ганнушкине, что зададут мне врачи и психологи, познакомившись с книгой Черносвитова.

Итак, Черносвитов пишет, что Ганнушкин «вошел в историю благодаря многим деяниям, условно совместимым с общественным статусом врача». Ганнушкину, дабы считаться основателем отечественной научной психиатрии и «социальным психиатром», «нужно было как-то дискредитировать корифея отечественной психиатрии, классика с мировым именем и действительного основоположника московской научной психиатрической школы Сергея Сергеевича Корсакова» (с. 49). Дискредитировать? Но где доказательство этого ужасного движения души? Хотя бы малейше-

го ганнушкинского недоверия к Корсакову? Ганнушкин в своей вступительной одухотворенной лекции студентам в мае 1925 года (Ганнушкин П.Б., 1964) называет Корсакова «основателем Московской психиатрии», который «обозначил границы психиатрии и практически в самом широком смысле слова и теоретически как отрасль медицины и биологии». Жизнь Корсакова — «служение душевнобольному» (с. 257). Корсаков боролся «за право душевнобольного быть больным, таким же больным, как другие больные; за то, что душевнобольного надо лечить, нужно, если это вызывается необходимостью данного случая, класть в больницу, а не «сажать»; а еще и теперь, даже в нашу клинику, уже не говоря о больницах, «сажают», а не кладут» (с. 258). В чем же конкретно состояла, как считает Черносвитов, дискредитация Корсакова Ганнушкиным? В том, что Ганнушкин в соответствии со своими «научными установками» с помощью советской власти и по договоренности со служителями храмов собрал «бомжей, калек, юродивых», приютившихся в «сохранившихся московских и подмосковных храмах» в специальное лечебное учреждение под Москвой, которое ныне является Психиатрической больницей им. В.П. Яковенко. В чем же тут дискредитация Ганнушкиным Корсакова? И что дурного сделал этим Ганнушкин для душевнобольных? Пожилой психиатр-психотерапевт, руководитель психотерапевтической программы в Независимой психиатрической ассоциации России, полагаю, что благодаря Ганнушкину (если все это так и было, как пишет Черносвитов) душевнобольных согрели в больнице, стали кормить и лечить. Да, от психиатров, знавших Ганнушкина, я слышал, что Ганнушкин был убежден в том, что в случае необходимости с душевнобольными следует поступить «по-психиатрически», т. е. положить его в больницу против его воли. Так считал и Корсаков (см. выше, а также в работах самого Корсакова). Эта психиатрическая необходимость возникает тогда, когда нужно больного в остром, опасном душевном расстройстве спасти от себя самого, спасти от него других людей, когда он не может себя прокормить, одеть, не осознает разумно эту свою беспомощность и т. п. Это стационирование больного против его воли происходит и сегодня, без этого не может быть подлинной психиатрической помощи. Это делают (обязаны делать) все психиатры, в отличие от антипсихиатров, для которых душевных болезней в клиническом смысле не существует. Неравнодушный, полагаю, к душевнобольным, я сам не раз поступал с больными, не понимающими, в сущности, что происходит, — «по-психиатрически», с печалью в душе. И не жалею об этом, поскольку представляю, какие ужасы могли бы произойти, если б этого не делал. Так в чем же все-таки состояла дискредитация

Корсакова Ганнушкиным? Черносвитов далее пишет: «Ганнушкин полагал, что психиатрия в классовом обществе, особенно во время жесточайшей классовой борьбы не может не быть репрессивной» (с. 50). Ганнушкин так писал или говорил? Но где, кому? Такие серьезные обвинения должны быть доказаны. Аведь никаких библиографических ссылок и даже кавычек Тот ли это Ганнушкин, что в статье «К 25-летию смерти С.С. Корсакова (1900–1925)» (Ганнушкин П.Б., 1964, с. 57–58) писал, что Корсаков «учил и научил своих учеников любить душевнобольного и активно заботиться о нем» (с. 57). Неужели Ганнушкин в той же вступительной лекции студентам (Ганнушкин П.Б., 1964, с. 260) так искусно-ханжески соглашается с Корсаковым в том, что общество тем цивилизованнее, чем более человечно со своими душевнобольными, чем более о них заботится, а сам, как сообщает Черносвитов,— обозначает антисоветчиков «пограничными характерами» и разрешает разнообразным органам принудительно их госпитализировать в психиатрические больницы «на лечение»? И снова эти тяжелые слова о Ганнушкине— без доказательств.

«П.Б. Ганнушкин,— рассказывает Черносвитов,— разработал основные положения *пограничной* психиатрии в непримиримой борьбе не только с С.С. Корсаковым, но и с выдающимися немецкими психиатрами Е. Блейлером, Э. Крепелиным, З. Фрейдом, Э. Кречмером» (с. 50). Как же так? Здесь, думается, необходимо вспомнить то время.

Корсаков вместе с другими классиками мировой клинической психиатрии (и, прежде всего, с Крепелином и Эугеном Блейлером) построил основы мировой клинической психиатрии и одновременно стал основоположником отечественной клинической психиатрии. Все трое совершили крупные открытия в мировой клинической психиатрии, хотя, как известно, Корсаков и возражал Крепелину по поводу подразделения им душевных болезней по их исходу. Кизвестным нозологическим формам Крепелина («старческие и предстарческие психозы», «маниакально-депрессивное помешательство» и т.д.) прибавляются корсаковский психоз («psychosis polyneuritica», как называл его Корсаков) и schizophrenia Э. Блейлера. Крепелин, Корсаков, Блейлер создали фундаментальные руководства по клинической психиатрии, дополняющие и развивающие друг друга. Но, конечно, первым тут был великий Эмиль Крепелин. Ганнушкин в своем редакторском предисловии к книге Крепелина «Введение в психиатрическую клинику» (1923) отмечает, что «система клинической психиатрии своими основами обязана именно Kraepelin'у» (с. 1). Клиническая психиатрия— это медицинская наука о лечении душевных болезней, рассматривающая эти болезни как болезни души,

происходящей из тела (прежде всего, мозга) и без тела (мозга) не существующей. Посему психопатологические, душевные, расстройства, с точки зрения клинициста, подчиняются тем же клиническим закономерностям, что и соматические. Клиницист-психиатр так же, как клиницист-соматолог, озабочен дифференциальной диагностикой, нозологической окраской симптома, синдрома, озабочен структурой почвы (в данном случае личностной), на которой возникает психопатологическое расстройство, и т.п. Поэтому только клиницисты-психиатры и могли описать упомянутые выше душевные болезни как нозологические формы. Ясперс, Груле, Курт Шнейдер шли своей, не менее важной и прекрасной, но иной, не клинической-нозологической, а психиатрически-феноменологической дорогой. Эти дороги своим подробным вниманием к движениям, расстройствам души, к личностным переживаниям психотерапевтической одухотворенностью порою, местами так близко подходят друг к другу, так существенно помогают друг другу, но не сливаются в одно. Это все же два противоположных философски-психиатрических мироощущения. Подробно писал уже об этом в своей «Клинической психотерапии» (2000). Эрнст Кречмер (1927, 1928, 1930, 1999) и Ганнушкин (1964) в первой трети 20-го века на краю уже вспаханного до них (в своих основах) широкого поля клинической психиатрии создали (тоже в своих основах) сложно-филигранное строение клинической пограничной (малой) психиатрии, приближающей большую психиатрию к здоровой душевной жизни («пограничная» — на границе). Вступительную лекцию студентам, которую здесь уже цитировал, Ганнушкин и заканчивает тем, что его поколение психиатров пошло дальше («пошло вперед») упомянутых выше классиков клинической психиатрии именно созданием психиатрии пограничной: «Мы — наше поколение — не ограничиваемся психиатрическими больницами, с тем же подходом (клиническим — М.Б.) идем мы в жизнь, идем в школу, в казарму, на фабрику, в тюрьму, ищем там не умалишенных, которых нужно поместить в больницу (разрядка моя, для Е.В. Черносвитова, — М.Б.), а ищем полунормальных людей, пограничные типы, промежуточные ступени» (Ганнушкин П.Б., 1964, с. 265). Благодаря Э. Кречмеру (1927, 1949) и Семену Исидоровичу Консторуму (1962) пограничная психиатрия стала царством клинической, психиатрической психотерапии. Это — к вопросу о «непримиримой борьбе» Ганнушкина с Корсаковым, Крепелином, Кречмером. Работы Ганнушкина благодарно наполнены этими именами— при том, что Ганнушкин сравнительно скупо цитирует других авторов. Всю жизнь всей душой, медленно читаю книгу работ Ганнушкина. Со своим клинически-живым, густым, психиатрически-мудрым язы-

ком она есть для меня Евангелие клинической пограничной психиатрии. По-моему, Ганнушкин — не история психиатрии, а гений вечной современности. Его клинические образы, клинические размышления бесконечно многогранны-многозначны и будут по-разному, но всегда одухотворенно, неравнодушно, с благодарностью переживаться, обдумываться и завтрашними психиатрами.

Теперь что касается тоже отмеченного Черносвитовым в духе «непримиримой борьбы» имени Фрейда. Да, клиницист Ганнушкин, естественно, был весьма насторожен в отношении применения психоанализа (как, впрочем, и Крепелин, и многие другие западные клиницисты). Крепелин, касаясь смущавшего и раздражавшего его «слишком самоуверенно излагаемого» учения Фрейда, констатирует: «На основании разностороннего опыта я утверждаю, что продолжительные и настойчивые расспросы больных об их интимных переживаниях, а также обычное сильное подчеркивание половых отношений и связанные с этим советы могут повлечь за собой самые неблагоприятные последствия» (Крепелин Э., 1923, с. 456). Ганнушкин в своем вступлении к чтению студентам приват-доцентского курса по психотерапии доцентом Е.Н. Довбней (в начале 20-х годов прошлого века) отмечает: «Психоанализ самым грубым образом копается в сексуальной жизни, психика больного определенно резко травматизируется. Больному наносится непоправимый вред». Ганнушкин предупреждает коллег от «неумеренного, неумелого, почти преступного применения фрейдовской методики» (Ганнушкин П.Б., 1964, с. 284). Так относиться к психоанализу психиатр-клиницист имел и имеет право. В этом нет ничего политического, нет «политико-репрессивных выводов», как это называет Черносвитов. Если эти слова Ганнушкина как-то посодействовали запрещению у нас психоанализа, то Ганнушкин в этом не виноват. Неужели он должен был говорить неправду о своем отношении к психоанализу?

По Черносвитову, Ганнушкин «породил целую плеяду посредственностей, занявших кафедры психиатрии в стране» (Черносвитов Е.В., 2002, с. 50). Назову их. Это — Д.А. Аменицкий, Н.П. Бруханский, М.Я. Греблиовский, В.А. Громбах, И.Н. Введенский, А.М. Дубинин, П.М. Зиновьев, Т.А. Гейер, М.О. Гуревич, Л.А. Прозоров, Т.И. Юдин, А.Г. Галачьян, Ф.Ф. Детенгоф, С.Г. Жислин, А.Н. Залманзон, М.З. Каплинский, О.В. Кербиков, С.В. Крайц, Е.К. Краснушкин, А.Я. Левинсон, А.Н. Молохов, Н.И. Озерецкий, Д.С. Озерецковский, Л.М. Розенштейн, М.Я. Серейский, Т.П. Симпсон, Ю.А. Флоренская, Б.Д. Фридман, Я.П. Фрумкин, А.О. Эдельштейн, Д.Е. Мелехов, А.И. Пономарев, С.И. Скорнякова, Б.А. Фамин, П.Д. Фридман, В.М. Морозов (см. Вольф М.Ш., Гериш А.Г., 1975).

Еще Черносвитов убежден, что Ганнушкин «в корне уничтожил всех, кто пытался заниматься психологией и

психотерапией» (с. 51). Оказывается, даже европейски известный профессор Юрьевского (Дерптского) университета Владимир Федорович Чиж (1855–1914), автор известных ярких книг, «в своей стране», до революции, когда Ганнушкин был еще опальным доцентом, «был мало известен благодаря всевидящему оку надзирателя Ганнушкина» (с. 51). Наконец, уже при советской власти Ганнушкин преследует как «троцкиста» и «по “пятому пункту”» учителя Черносвитова молодого в ту пору психиатра И.Б. Галанта. Еврей Ганнушкин (см. Российская еврейская энциклопедия, т. 1. Изд. 2-е, исправл. и дополн. — М.: РАЕН, РИЭЦ «ЭПОС», 1994, с. 270) при советской власти прячет «по дружбе» еврея Галанта, своего «конкурента», приглашенного к нам из Швейцарии А.В. Луначарским, на целый год в психиатрическую клинику, «чтобы избавить от тюрьмы для политзаключенных» (с. 52). А может быть, если все это так и есть, Галант в самом деле был в ту пору болен? И Ганнушкин, как мы, психиатры, это и сейчас делаем, психотерапевтически предложил несчастному больному Галанту, наполненному бредом и страхами, спрятаться в клинику от «преследователей»?

Еще раньше «Ганнушкин «похоронил» заживо научные исследования, проводимые в СССР под руководством И.Б. Галанта и Г.В. Сегалина по патографии и *патобиографии* великих людей всех времен и народов», т. е. журнал «Клинический архив Гениальности и Одаренности (эвропатологии), посвященный вопросам патологии гениально-одаренной личности, а также вопросам патологии творчества» под редакцией доцента Г.В. Сегалина (1925–1930) В этом журнале есть и работы И.Б. Галанта. Оказывается, материалы о себе для статьи в этот журнал дал даже Сталин. Черносвитов напоминает как бы и Ганнушкину, что «этой проблемой социальной медицины занимались все ведущие специалисты начала XX столетия, в том числе К. Ясперс и А. Гротьян». Мне не известна история закрытия этого журнала. Возможно, это рассказал Черносвитову профессор Галант. Однако Ганнушкин не мог быть просто против патографии. Опубликовано, например, предисловие Ганнушкина (1971) к неизданной монографии его ученика А.Г. Галачьяна «Душевная болезнь И.А. Гончарова». В этом предисловии Ганнушкин пишет в отношении патографии: «История психиатрии знает много случаев, когда психиатры-исследователи (хотя бы Moebius, Kretschmer в Германии, Foulouse во Франции, у нас Чиж, Баженов, Аменицкий и мн. мн. др.) производили в этом направлении чрезвычайно ценные изыскания и этими изысканиями не только обогащали психиатрическую литературу, но — смеем думать — давали и новые точки зрения в деле оценки того или другого писателя и даже в оценке смысла и значения различных литературных тенденций и направлений» (с. 761). Далее Ганнушкин отмечает, что

«И.А. Гончаров страдал несомненной душевной болезнью» и «работа психиатра А.Г. Галачьяна () сделается совершенно необходимой для всякого будущего исследователя творчества Гончарова и для всякого историка русской литературы». Последние строчки предисловия так ясно обнаруживают, для меня, задушевную искренность-чистоту Ганнушкина: «Мы рассчитываем, что книга будет иметь значение и успех; этот успех д-ра А.Г. Галачьяна будет успехом и радостью и для того учреждения, где он получил свое психиатрическое воспитание» (с. 762). Если Ганнушкин и сказал что-то неодобрительное, может быть, резкое, по поводу этого журнала, то лишь, как могу предположить, о некоторой неклинической произвольности мышления в тамошних патографических работах. Вообще ученики Ганнушкина благоговейно относились к своему учителю, больные боготворили Ганнушкина. Об этом немало написано в воспоминаниях его учеников и товарищей в сборнике «Памяти Петра Борисовича Ганнушкина» (1934).

Т.И. Юдин (1934) там, например, пишет: «Любовь П.Б. наблюдать, знать и понимать все мелочи жизни благодаря теплому, внимательному отношению к людям, готовности притти к каждому на помощь превращала его в товарищеской жизни в незаменимого, все понимающего друга-советника, а в жизни общественной психиатрии в большого психиатра-общественника» (с. 22). Был он тревожным, нерешительным, сомневающимся, совестливым, очень скромным и в то же время, в отличие от типичного психастеника, «живым, деятельным, активным» (с. 24). Из довольно откровенных воспоминаний о Ганнушкине сестры и жены: сын сельского врача; вспыльчивый и отходчивый; властный; в гимназии «к преподавателям относился с большой критикой и насмешкой», «не любил никакого гнета, прислуживания»; «к товарищам относился исключительно терпимо, заботливо и скромно, выдвигая их, а не себя»; «к нижестоящим — исключительно вежливо и внимательно»; «совершенно не был честолюбив, чрезмерно был скромен»; «хорошие организаторские способности»; «полнеть начал лет с 17-ти, и к студенческому времени был уже грузный»; «подвижный, жизнерадостный, часто смеющийся человек»; «прирожденный общественник»; «был бесплатным тюремным врачом в Бутырках, куда пошел исключительно для спасения политических заключенных»; «жил всегда в хороших материальных условиях»; «очень любил природу»; «считал себя ответственным за все, что происходило в общественной психиатрической жизни»; «был первым заступником и охранителем прав душевнобольных»; «всегда отзывался на каждый призыв, считая себя обязанным помочь везде, где в нем нуждались»; «не любил публичных выступлений»; «выступать не любил по своей скромности,

всегда готов был отказаться от чтения лекции, хотя был блестяще подготовлен к ней, так как перед лекцией всегда волновался, но, обладая исключительным ораторским талантом, читал вдохновенно при переполненной аудитории»; «в семейных событиях всегда принимал активное участие»; «хорошим семьянином, однако, его назвать нельзя, так как весь склад его характера, интересов, стремлений был вне семейной жизни»; «работа поглотила его совершенно»; «любил простоту»; «презирал всякий намек на мещанский и буржуазный идеал домашней жизни»; «был очень общителен с близкими друзьями, но о своих переживаниях ни с кем, кроме жены, не делился» («П.Б. Ганнушкин в воспоминаниях его сестры Марии Борисовны и жены Софьи Владимировны Ганнушкиных», 1975, с. 46–47).

Одно из консторумских клинических наблюдений. «Больной К., 19 лет. Классическая кататония с гебефренными чертами. В течение шести месяцев в беспокойном отделении больницы им. Ганнушкина. Лежит, укрывшись с головой, спонтанно не говорит, но охотно отвечает на вопросы, совершенно нелеп, дурашлив, крайне вычурная моторика, таскает у соседей продукты, непрерывно мастурбирует. В судьбе больного принимает участие П.Б. Ганнушкин, настойчиво уговаривающий нас перевести больного в санаторное отделение. Уступая настойчивым просьбам П.Б. Ганнушкина, мы, наконец, решились в вечер своего дежурства перевести больного в санаторное отделение, будучи, конечно, уверенными в том, что на следующий день переведем его обратно. Однако на следующее утро в коридоре отделения к нам подходит больной, с улыбающимся лицом здоровается, благодарит за перевод в отделение, где ему очень нравится, и просит назначить его на трудовую терапию. В дальнейшем, больной остается полтора месяца в отделении, уживается с коллективом, вполне социабилен, работает, в основном, однако, оставаясь манерным и несколько чудаковатым. Выписывается в состоянии относительно хорошей ремиссии. Спустя шесть месяцев новое обострение процесса (наблюдение 1932 года)» (Консторум С.И., 1962, с. 112).

Д.С. Озерецковский (1975) вспоминает: Ганнушкин, «прервав обход, после того, как он задал несколько вопросов больной», подошел к нему, молодому ординатору, врачу этой пациентки, «затерявшемуся где-то в конце следующей за ним «свиты», отозвал меня в гостиную и там спросил, не буду ли я возражать против замены получаемого больной лекарства другим» (с. 49).

Мой покойный отец, Е.И. Бурно, рассказывал, что когда Ганнушкин на извозчике приезжал куда-то по делам и вылезал из экипажа, то вытаскивал из карманов конфеты для детей, которых встречал по дороге. И еще психиатры пре-

жних времен вспоминали, что когда Ганнушкин умер, необыкновенное множество грустных больных наполнили собою улицу — попрощаться с профессором. В молодости спрашивал пациентов, еще знавших Ганнушкина, какой он был. Пациенты светлели, вспоминая его мягкость, доброту, теплую заботу. При том что одна из пациенток и сказала, что Ганнушкин был «смешновато-полный добрейший Хрюшечка».

Черносвитов сообщает, что у него «есть все основания утверждать, что если Есенина довели до самоубийства, то большую лепту в это дело внес именно П.Б. Ганнушкин. Он трижды *превентивно* (понимай, принудительно!) *госпитализирует* Есенина в свою клинику, всякий раз под предлогом, что спасает его от тюрьмы (этот прием он использовал и в отношении своего коллеги И.Б. Галанта). () Есенин, написав в палате психиатрической больницы «Клен ты мой, опавший», убегает в Ленинград, и его находят повешенным в “Англетере”» (с. 52). Что тут могу сказать? Покойный профессор Петр Михайлович Зиновьев (1883—1965) был душевно близок со своим учителем Ганнушкиным. Зиновьев душевно-технически помогал больному уже Ганнушкину в работе над «Клиникой психопатий». Это было так важно для Ганнушкина, что он даже отметил в сноске, что без Зиновьева «мы бы не справились с нашей задачей» (Ганнушкин П.Б., 1964, с. 120). Так вот, скромный, чуткий Петр Михайлович (см. о нем в Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1962, вып. 2. Юбилейные даты) вспоминал-рассказывал, как Ганнушкин мучился, что, действительно, мог поспособствовать самоубийству Есенина, разрешив слишком рано выписать его из клиники, уступая его горячим просьбам. Есенин уже не первый раз лечился там от белой горячки, и психотика после выписки могла оживиться. Психиатру, думается, так понятны эти переживания Ганнушкина. Все это я слышал от врачей, близко знавших Петра Михайловича. И более тут ничего не могу прибавить.

Ганнушкин не был врагом советской власти. Он даже, видимо, был немного увлечен в ту пору социалистическим строительством, как и Консторум, как и другие известные психиатры-клиницисты, которым были по душе забота власти об «униженных и оскорбленных», оптимистические идеи социалистического коллективизма, человеческая неприязнь к «дегенеративной истерии» в богатых семействах и т.п. Да, Ганнушкин заботился «об охране здоровья партактива» (так называется одна из его работ, опубликованная в 1930 г.). В ту пору еще не развернулись безнравственные репрессии. Еще не созрела большевистская фальшь. Романтическая юность строя способствовала доверчивым мечтам. «Клиника психопатий» заканчивается словами: «можно с полным основанием думать, что социалистическое устрой-

ство жизни с его новым бытом, с его новой организацией труда, с новой социальной средой будет препятствовать выявлению психопатий и явится залогом создания нового человека» (Ганнушкин П.Б., 1964, с. 252). Ганнушкин, как и многие другие крупные российские беспартийные врачи-исследователи, далекие от политики, сосредоточенные на своем нравственном врачебном долге, брал от строя, власти себе созвучное (одухотворенный материализм, борьбу с беспризорностью, проституцией и т. д.) и, может быть, более всего тревожился потерять возможность помогать по-своему больным. Многие из нас покорно, без партбилетов, отстраненно, но все же тихо, молчанием приспосабливались даже к карикатурно-откровенной вялой безнравственности в пору социалистической дряхлости. Сам считаю себя (уже писал об этом) бывшим тихим беспартийным диссидентом во времена советской власти, как и мои родители-психиатры, как и многие мои коллеги. Тихим — в том смысле, что не стремился подписывать антикоммунистические письма, документы, боясь потерять свое любимое психиатрическое дело. И в этом отношении могу хорошо понять Ганнушкина. Если раньше, сразу как только пала советская власть, я пытался осуждать себя за эту прежнюю «тихость», то со временем понял, что, будь я *воинственным* диссидентом, моим пациентам и слушателям-врачам от этого не было бы лучше: потерял бы место, таскали бы в «органы» и т. п. Конечно, если бы Ганнушкин был по природе своей философ-идеалист, он был бы выслан в 1922 г. на злосчастном корабле из России с другими учеными, духовно-откровенно не согласными с Октябрьской революцией, новой жизнью. Но Ганнушкин был исследователь-практик, с сердечным размышлением помогающий душевнобольным, и новая жизнь, более или менее искренняя юность строя помогала ему в этом, как, например, и университетскому товарищу А.П. Чехова невропатологу Григорию Ивановичу Россолимо (1860–1928). Нарком здравоохранения Н.А. Семашко, например, благодарил профессора Россолимо за создание первого в стране детского отделения при клинике нервных болезней (см. Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1953, №9, с. 677–688). Не случайным было, конечно, благожелательное, благодарное отношение молодой советской власти к Россолимо и Ганнушкину: это были болеющие душой за народ российские интеллигенты, волей-неволей способствовавшие Октябрьской революции, как, например, и Толстой с Чеховым. Толстой и Чехов — своим глубоким художественным сочувствием к страданиям людей. Приват-доценты Россолимо и Ганнушкин — например, тем, что в 1911 г. ушли из Московского университета (вместе с группой других преподавателей) в ответ на репрессии, преследование революци-

онно настроенных преподавателей и студентов царским министром народного просвещения Л.А. Кбссо. Советская власть сделала Ганнушкина профессором. Все вот так сложно в нашей жизни. Но российский интеллигент природой своего характера не способен быть ханжой, не способен к безнравственным поступкам. А если что-то нехорошее по обстоятельствам вдруг и совершит, то это обычно случайное, непродуманное событие, недоразумение, после которого наступают нравственные мучения и раскаяние-покаяние. Поэтому, конечно же, дико мне читать у Черносвитова, что «на совести П.Б. Ганнушкина много темных и нехороших дел» (с. 52).

Вот все это написал, выписал, вспомнил, и, кажется, мне уже не нужны доказательства безнравственности Ганнушкина. Живой мудрый тревожный Ганнушкин сейчас как бы рядом со мной. Или я не клиницист, не понимаю людей и занимал, занимаю в жизни своей чужое место, или я клиницист и тогда не нуждаюсь в каких-то там «фактах» «многих темных и нехороших дел» Ганнушкина, как не нуждаюсь и в документальных доказательствах безнравственности, например, А.П. Чехова. Мне хочется сказать читателям и слушателям Черносвитова: почитайте не спеша работы самого Ганнушкина, в них *все* написано о Ганнушкине.

Апология (греч. apologia) — древнее слово, означающее защиту, например, какого-то человека, защиту, проникнутую восхищенным оправданием этого человека. Классический пример — платоновская «Апология Сократа» (оправдательная речь Сократа, произнесенная им на афинском суде). Особый, может быть, торжественно-иронический оттенок этой защиты-оправдания, думается, состоит в том, что защищается, собственно, не нуждающееся в защите.

Конечно, Ганнушкин не нуждается в защите. Как и Сократ.

И все же светлое уважение в душе осталось у меня из молодости к творческой самостоятельности Евгения Васильевича Черносвитова, к его душевной, философской смелости-углубленности. Все хочется думать о случившемся как о какой-то несуразице, дурном сне.

Литература

1. *Блейлер Э.* Руководство по психиатрии / Пер. с нем. А.С. Розенталь. Берлинъ: «Врачъ», 1920.
2. *Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия. М.: Академический проект, ОППЛ, 2000.
3. *Вольф М.Ш., Гериш А.Г.* Материалы к врачебной, научной и педагогической деятельности соратников и

учеников П.Б. Ганнушкина // Проблемы бреда, пограничные состояния и вопросы организации психиатрической помощи (Тезисы научн. конференции, посвященной 100-летию со дня рождения профессора Петра Борисовича Ганнушкина) М.: МЗ РСФСР, 1975. С. 80–89.
4. *Ганнушкин П.Б.* Избранные труды. М.: Медицина, 1964.
5. *Ганнушкин П.Б.* Неопубликованная рукопись П.Б. Ганнушкина // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1971, вып. 5. С. 761–762.
6. Ганнушкины М.Б. и С.В. Ганнушкин в воспоминаниях его сестры Марии Борисовны и жены Софьи Владимировны Ганнушкиных // Проблемы бреда... М.: МЗ РСФСР, 1975. С. 44–48.
7. *Консторум С.И.* Опыт практической психотерапии. М.: Гос. инст. психиатрии, 1962.
8. *Корсаков С.С.* Курс психиатрии. 2-е изд. М.: Изд-во Об-ва для пособия нуждающимся студентам Императорского Моск. ун-та, 1901.
9. *Крепелин Э.* Введение в психиатрическую клинику / Пер. с нем. М.: Народн. комиссариат здравоохр., 1923.
10. *Кречмер Э.* Медицинская психология / Пер. с нем. В.Е. Смирнова. М.: «Жизнь и знание», 1927.
11. *Кречмер Э.* Об истерии / Пер. с нем. И.И. Боргмана. М.–Л.: Госиздат, 1928.
12. *Кречмер Э.* Строение тела и характер: Пер. с нем. Г.Я. Тартаковского. М.–Л.: Госиздат, 1930.
13. *Кречмер Э.* Гениальные люди / Пер. с нем. Г. Ноткина. СПб.: Академический проект, 1999.
14. *Озерецковский Д.С.* Светлой памяти учителя // Проблемы бреда... М.: МЗ РСФСР, 1975. С. 49–52.
15. *Юдин Т.И.* П.Б. Ганнушкин и малая психиатрия // Памяти Петра Борисовича Ганнушкина. М.–Л.: Госиздат биол. и медиц. литературы, 1934. С. 22–26.
16. *Kretschmer E.* Psychotherapeutische Studien. Thieme. Stuttgart, 1949.

О САМОБЫТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (2002)* [129)]

Россия — громадная и по-своему духовно сложная страна — между идеалистически-интеллектуальным Западом и идеалистически-чувственным Востоком. Страна со своей загадочной для иностранцев душой. Особенности российского духа известны миру из произведений, прежде всего, Достоевского, Толстого, Чехова, Андрея Платонова. Это обломовская неспособность решительно действовать, мечтательность-непрактичность, склонность к глубокому, сложному, но чаще

* В основе этой работы — ключевая лекция «Психотерапия в России», прочитанная на 3-ем Всемирном конгрессе по психотерапии в Вене 17 июля 2002 г.

все же именно к реалистически-материалистическому психологическому анализу. Анализу тревожному, сомневающемуся, с земным, сердечным сочувствием, состраданием к бедным, униженным, страдающим людям. С выразительным стремлением к общественной пользе и общественной самоотверженностью, согласимся, не сравнимыми с подобным в других странах. Эти свойства особенно сильно выражены у многих типичных российских интеллигентов. Не интеллектуалов, а интеллигентов. Не только русских по крови, но вообще российских — по своей Родине России. Мы, россияне, особенно учившиеся в советской школе, хорошо помним эти имена. Прежде всего это пострадавшие за защиту от царя измученных крепостных крестьян дворяне-декабристы, потом Герцен и Огарев с их добрым философским материализмом, глубоким самоотверженным сочувствием народу, с их эмигрантской газетой «Колокол». Вот места из эмигрантского стихотворения Огарева «Коршу» (1856).

Я помню смрад курной избы,
Нечистой, крошечной и темной,
И жили там мои рабы.
Стоял мужик пугливо-томный,
Возилась баба у печи
И ставила пустые щи,
Ребенок в масляной шубенке,
Крича, жевал ломоть сухой,
Спала свинья близ коровенки,
Окружена своей семьей.
Стуча в окно порой обычной,
На барщину десятский звал,
Спине послушной и привычной
Без нужды розгой угрожал.

И еще из этого же стихотворения.

И вижу я: у двери кабака,
Единого приюта бедняка,
Пред мужем пьяным совершенно
Полуодетая жена
В слезах, бледна, изнурена,
Стоит коленопреклоненна
И молит, чтобы шел домой,
Чтоб ради всей щедроты неба
Сберег бы грош последний свой,
Голодным детям дал бы хлеба.

Радищев, Белинский, Добролюбов, Пушкин, Баратынский, Некрасов, Чернышевский, Гоголь, Тургенев, Достоевский, Успенский, Гончаров, А. Островский, Салтыков-Щедрин, А.К. Толстой, Л. Толстой, Чехов, Горький, Куприн, «Станционный смотритель» Пушкина, «Шинель» Гоголя, «Же-

лезная дорога» Некрасова, «Ванька» Чехова. Это все — наше родное, российски-самобытное, необычное для других культур, народов, и это все одухотворенно-реалистическое сострадание к страдающим. Это то, что называется дефензивностью (переживанием своей неполноценности) в противовес уверенной в себе агрессивности. Это одухотворенно-реалистическое сострадание к страдающим отчетливо обнаруживается именно как наша духовная особенность не только в классической русской поэзии и прозе, но и в реалистической живописи, например, в картинах художников-передвижников, в русской философии, в русской клинической медицине. У нас не было классической мощно-интеллектуальной идеалистической философии Канта и Гегеля. Не было и экзистенциально-поднебесных вершин ясперсовской и хайдеггеровской философии. Русская экзистенциально-религиозная философия, например, философия Соловьева, Флоренского, Булгакова, Бердяева, Франка, — это все же другое. Другое — своей наполненностью теплым, светлым духом и просвечивающим стремлением к общественной пользе. У нас была еще более общественная классическая материалистическая философия Белинского, Добролюбова, Герцена, Чернышевского, Плеханова. Чаще философия наша своей сердечностью, образностью растворена в нашей художественной культуре.

Мариэтта Шагинян (1888–1982), образованнейшая русская писательница, много лет путешествовавшая «по морям и странам» (ее словами), пишет об особой совестливости русского интеллигента. «Словно в чем-то перед кем-то виноват классический русский интеллигент,— пишет Шагинян, вспоминая “гениальные страницы П. Лаврова”,— а ведь он стоит подчас в продувном пальтишке, с двугривенным в кармане, на ветру, не знает, где пообедает,— но смотрит на переходящего улицу старика, на жмущуюся к стенке проститутку с глубоким чувством вины перед ними. Вина человеческой совести— чего-то непонятного внутри нас— перед человечеством, перед убожеством жизни, перед тяжким, беспросветным трудом, перед «малыми сими», хотя сам ты устроен, может быть, хуже тех, кого жалеешь сейчас острой, пронизывающей, виноватой жалостью. Я не встречала таких интеллигентов на Западе» («Человек и время. Воспоминания» //Новый мир, 1971, №4, с. 142).

Естественно, что указанные душевные свойства российской интеллигенции воспитывали в народе активное сочувствие к маленькому, униженному человеку, даже к хмельному мечтательно-непрактичному ленивому работнику-бедняку, воспитывали революционные настроения. Как это ни печально, все это поспособствовало революционным зверствам и социалистическому тоталитаризму. Так вот все сложно в жизни.

Но вот произошла Октябрьская революция, наступила духовная большевистская несвобода, и снова сострадание к страдающим людям и животным, это человечное, российское, стало, по возможности, самоотверженно, более или менее отчетливо, проступать в советской духовной культуре, строго управляемой идеологическими начальниками. Я думаю сейчас о наших самых человечных, совестливых поэтах, писателях и живописцах советского времени. К примеру, это такие поэты, писатели, как Есенин, Платонов, Гроссман, Константин Воробьев, Айтматов, Окуджава, Юрий Казаков, Шварц, Астафьев, Распутин, Солженицын, Шаламов; такие живописцы, как Попков, Пластов, Пименов, Ромадин и даже тоскливо-полифонические Филонов и Константин Васильев.

Душевные свойства типичных российских интеллигентов существенно повлияли и на развитие психотерапии в России по той простой причине, что по большей части в психотерапию в России тянулись и тянутся именно интеллигенты. Психотерапия в России — это прежде всего психиатрическая психотерапия, а крупные российские психиатры, занимавшиеся психотерапией или не равнодушные к психотерапии, согласимся, были истинными интеллигентами: Саблер, Малиновский, Балинский, Корсаков, Суханов, Токарский, Ганнушкин, Каннабих, Консторум, Жислин, Сухарева, Мелехов.

Оставляю сейчас в стороне в основе своей более или менее техническую психотерапию — *Внушение, Гипноз, Тренировочные, Поведенческие приемы* и подобные этому. Это все развивалось примерно равномерно в Европе и в России. В Европе Бернгейм, Форель, у нас Бехтерев, Канторович, Свядощ. Речь сейчас идет о нашей одухотворенно-личностной психотерапии. Здесь психотерапевт целебно входит в личность пациента своею личностью. Личностная психотерапия всегда несет в себе отчетливые национально-психологические особенности народа и его углубленно-размышляющих представителей — интеллектуалов (в России — интеллигентов). Ее основоположники в России — соматолог-психотерапевт Александр Иванович Яроцкий (1866—1944) и психиатр-психотерапевт Семен Исидорович Консторум (1890—1950). Яроцкий психотерапевтическими беседами воспитывал у соматических пациентов целебное альтруистическое мироощущение, способность чувствовать красоту в самой скромной природе, охваченность общественными идеалами, стремлениями (*Арететерапия Яроцкого*). Он, одухотворенный материалист, был убежден в том, что человек живет столько времени, сколько несет в себе душевный свет альтруизма (Яроцкий А.И., 1908, 1917). Консторум создал отечественную *Клиническую психиатрическую психотера-*

пию. Как и Эрнст Кречмер, он был естественно-научно убежден в том, что лишь подробно изученная клиническая картина должна руководить психотерапевтом в его психотерапевтических воздействиях. Основным в психотерапии Консторум считал целительную для души активную жизнедеятельность — консторумская *Активирующая психотерапия* (Консторум С.И., 1930, 1962). Эпикурейски-деятельный, он неустанно, требовательно и сердечно побуждал и пациентов к разнообразным занятиям и, прежде всего, к общественной пользе. Был убежден в том, что не столько слово, сколько активность, дело определяют светлое оптимистическое отношение к миру, убеждают пациентов в том, что они сильнее, значительнее, нежели о себе думают. В других случаях Консторум, не торопясь, душевно-остроумно разъяснял пациенту, почему его страхи пустые. Или психотерапевтически хмуро, но искренне сочувствовал горю пациента, вспоминая вслух и свое горе в прошлом (Бурно М.Е., 2000, с. 156–157, 651–667).

Практический *Психоанализ* развивался у нас так же сравнительно вяловато, как и вся психотерапия, — даже в первой трети XX века, когда *Психоанализ* еще не был запрещен. Он и в ту пору нередко по-российски сочетался в психотерапевтической практике с *Гипнозом, Рациональной, Воспитательной терапией*. Причина этого, видимо, и здесь в реалистически-тревожных с переживанием своей неуверенности, неполноценности особенностях российской души.

В сталинское время у нас еще не было психотерапевтических школ. Психотерапией занимались, как и прежде, лишь некоторые врачи. После смерти Сталина (1953) психотерапия оживилась. Сложилась в 60-е годы московская школа *Гипноза* под руководством Владимира Евгеньевича Рожнова (1918–1998). В 80-е годы XX века под руководством Рожнова сложилась и школа *Эмоционально-стрессовой* («возвышающей» душу) психотерапии. Основа ее — работы Яроцкого, Селье. Московская психотерапия была в ту пору в основном клинической психотерапией. В Ленинграде (Санкт-Петербурге) в 60-е гг. XX века сложилась школа *Патогенетической психотерапии неврозов*. Так назвал Владимир Николаевич Мясищев (1893–1937) свой психоаналитический подход. Его спасло от идеологических критиков марксистское содержание. Позднее в Ленинграде стали заниматься и *Психологической групповой психотерапией* по примеру западных социалистических стран. Однако известная идеологическая скованность психотерапии оставалась практически до Горбачевской перестройки общества. Хорошо помню, что довольно было даже в начале 80-х подробно описать в статье психологически-сложные переживания пациента и выходящую

за рамки внушения и прямолинейно-конкретного разъяснения психотерапевтическую работу с ним, как получал от рецензентов суровый упрек в том, что занимаюсь психоанализом. В 1985 году узаконена специальность «психотерапия». Психотерапевтов становилось все больше. И, сколько могу судить как старый преподаватель психотерапии, большинство из них оставались сердечными, сочувствующими своим пациентам. Они, может быть, более, чем другие врачи хранили в себе дух старой российской интеллигенции.

С падением советской власти в российской психотерапии — полная свобода. Психотерапией стали широко заниматься психологи. Наши психотерапевты учатся на Западе. Западные преподаватели приезжают к нам. Небывалое разнообразие методов психотерапии в России. Однако, привозная, западная психотерапия без основательной переделки трудно приспосабливается к российской душе. Была, есть и тоже свободно развивается теперь наша исконная Российская психотерапия, ощутимо помогающая многим, именно российским пациентам, и особенно российским интеллигентам. Сколько могу судить, такой психотерапии, во всяком случае, в сложившемся виде, больше нигде нет.

Что это за психотерапия?

Это традиционная для России *Клиническая психиатрическая психотерапия.* Она стала формироваться в начале XX века в немецко-российской клинической психиатрии (прежде всего Эрнст Кречмер, 1927, 1934, 1949). К середине XX века в Западной Европе *Клиническая психиатрическая психотерапия*, почти вся, ушла под волны *Психоанализа*, вообще *Психологической психотерапии.* У нас же *Клиническая психиатрическая психотерапия* не только сохранилась в своих началах, но вполне сложилась за все же оберегающими ее от советской идеологии стенами клинической медицины. Она неотделима от клинической психиатрии и по-российски наполнена традиционным душевным теплом. Реалистической сердечности нашей психотерапии способствовало, может быть, и то, что мы довольно подробно изучали в средней школе в советское время дореволюционную русскую классику. Сегодняшняя клиническая психиатрическая психотерапия — это наша самобытная клиническая психотерапия. Классические основы *Клинической психиатрической психотерапии* особенно подробно изложены в указанных выше работах Эрнста Кречмера и в работах нашего Консторума (1935, 1962). Даже, пожалуй, особенно — в работах Консторума. Российская *Клиническая психиатрическая психотерапия* духовно созвучна российской материалистической философии, психологической прозе, реалистической живописи. В нашей *Клинической психиатрической психоте-*

рапии также царствуют психологический материализм, сердечное сочувствие страдающему, стремление к общественной пользе. *Клиническая психотерапия* видит, чувствует телесную основу, причину не только психопатологических симптомов, синдромов, но и самых сложных характерологических переживаний, еле уловимых движений духа. При этом клиницист-психотерапевт может быть глубоко одухотворен, как и психологически-реалистический писатель и врач Чехов. По-земному одухотворен. Телесность тут светится духом, как в картинах многих реалистических живописцев (таких, например, как Рембрандт, Рафаэль, Тропинин, Репин, Моне, Ренуар). Сквозь духовность просвечивает изначальная телесность. Дух и тело едины, при том что психотерапевт чувствует природой своей первичность телесности в себе и в других. Клиническая картина для него — главнейшая живая карта психотерапевтических поисков. Потому что в ней рассказывается, как защищается от каких-либо вредоносных воздействий (внешних и генетически внутренних) сама природа больного человека, развивающаяся по своим собственным законам. Из всего этого видно, как ей, природе, следует психотерапевтически помогать. Основоположник клинической медицины Гиппократ, как известно, полагал Природу главным врачом. Врач человеческий лишь разумно способствует Природе, постигая ее удивительную, но стихийную, и, значит, в известной мере несовершенную, работу. *Клиническая психиатрическая психотерапия* способна оживить, привести в действие все известные заложенные в человеке психотерапевтические механизмы (суггестивный, групповой, когнитивный, креативный и т. д.). Но — в клиническом преломлении: сообразно клинике, в достаточно строгой системе показаний и противопоказаний, с клинической (в том числе) оценкой терапевтической эффективности и т. д. Полнокровно-задушевная (да еще по-российски дефензивная) клиническая психотерапия отвечает особенностям души многих российских душевно-сложных пациентов. Втревожно-депрессивных хронических случаях с тягостным переживанием своей неполноценности она, например, помогает в разнообразном творческом самовыражении изучить особенности природы своей души. Свои депрессивные, навязчивые, деперсонализационные расстройства, характерологические радикалы. Все это — для того, чтобы, опираясь на эти ориентиры, скорее обрести свои, свойственные именно своей природе дороги в стойкое целебное творческое вдохновение, наполненное Любовью и Смыслом. *Клиническая психиатрическая психотерапия* предполагает в отношениях психотерапевта с пациентом не психоаналитическую нейтральность, не технику эмпатии Роджерса, а российское земное сочувствие, человеческое искреннее переживание за

пациента. Это задушевное сочувствие может ощущаться, в том числе, и в российских гипнотических сеансах. Многим российским пациентам, например, не по душе гипноз Эриксона. Им хочется довериться доброму, чистому душой психотерапевту, попросить его целебно войти в их тревожную, растерянную душу и успокоить. Конкретными основательно разработанными подходами, методами современной российской Клинической психотерапии являются: Российская клиническая гипнотерапия (Бехтерев, Константин Платонов, Рожнов); Российская клиническая рационально-активирующая психотерапия (Консторум); Российская клиническая поведенческая психотерапия (Канторович, Свядощ). Методом российской *клинической психотерапии* является и моя *Терапия творческим самовыражением хронических тревожных и депрессивных расстройств* (Бурно, 1989–2002).

Клиническую психиатрическую психотерапию увидим отчетливее в сравнении с другими сегодняшними психотерапевтическим направлениями.

Клинической психиатрической психотерапии, в известной мере, близок своей одухотворенностью *экзистенциальный психотерапевтический подход*. Его можно было бы мироощущенчески сравнить с живописью Борисова-Мусатова, Нестерова, с поэзией Лермонтова, Тютчева, Анненского, Гумилева, Волошина, Ахматовой, Пастернака, прозой Пришвина, Паустовского. Здесь как бы сохранены земные формы, но подсвечены изначальностью духа. Так, кстати, подсвечены изначальностью духа и многие психопатологические симптомы в описаниях Ясперса. Экзистенциальная психотерапия в российском (чаще религиозном) преломлении уже находит отклик у российских аутистических интеллигентных пациентов и клиентов, как нашли отклик русская религиозная философия и фильмы Андрея Тарковского. Это, например, *Психотерапия горя («Пережить горе») Федора Василюка* (1991) и православная, только внешне, «хулиганская» *Интенсивная терапевтическая жизнь* Александра Алексейчика (1999).

Дабы еще отчетливее высветить самобытную российскую Клиническую психотерапию, сравню ее и с Психоанализом. *Психоаналитический классический подход* своим сложно-символическим «интеллектуально-следовательским» мироощущением созвучен символической живописи, например, Петрова-Водкина, Кандинского, западному интеллектуальному философскому идеализму. Трудно поверить тому, что он широко распространится у нас. Если, конечно, не понимать под *Психоанализом*, как это нередко происходит сейчас в России, просто подробный, вполне реалистический клинический анализ душевных, личностных переживаний

пациента. Однако в России уже достаточно эффективно работают наши самобытные преломления Психоанализа. Это — *Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия неврозов Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* (1998), созданная на основе *Патогенетической психотерапии Мясищева* (Карвасарский Б.Д. (ред.), 1998, с. 231—239). Это — *Раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогредиентной шизофренией Вида* (1998) (Карвасарский Б.Д. (ред.), 1998, с. 526—532). Это — *Российский клинический психоанализ Егорова* (2002).

Так же для более отчетливого высвечивания Клинической психотерапии отмечу, что разнообразные старые и постмодернистские сугубо технические психотерапевтические приемы у нас весьма широко сейчас применяются для помощи пациентам и клиентам со сравнительно несложной душой.

Наконец, о сегодняшней новой российской психотерапии— о концепции *мультимодальной интегративной российской психотерапии* Виктора Викторовича Макарова. Макаров (2000), в сущности, соглашается со многими авторами в том, что «менталитет людей в нашей стране», выкованный тысячелетней российской историей, — не просто *русский*, а *русско-православный*, воспринимающий счастье сквозь страдания и несчастья. «В системе жизненных ценностей русского народа, — пишет Макаров, — **страданию** придается благостный, нравственно очищающий и духовно-возвышающий смысл: им определяется общая душевная отзывчивость человека». Россияне отличаются мифологичностью, сказочностью мышления, поисками идеала, верой в идеал и долготерпением, способностью долго жить в «воображаемом пространстве». Вместе с этим «**люди с российским менталитетом часто обладают повышенными творческими способностями**», но «**воплощение технологий, требующее конкретного, четкого мышления, отработки всех деталей, ежедневного кропотливого труда,— это часто не наша стихия**» (с. 75, 82—85). Мне все эти размышления, конечно же, близки-созвучны, но Макаров рассказывает о «своеобразии российского менталитета» не для того, чтобы предложить россиянам психотерапию, помогающую творчески развивать эти их природные особенности, а для того, чтобы предложить «психотерапию, помогающую россиянам «в новых условиях **нашего больного** общества» благодатно измениться: «по-новому воспринимать реальность» и «жить в этом мире». А это значит — приобрести «для достижения здоровья» то, чего не хватает у нас: «конкретное, четкое», «гибкое», «технологическое» мышление, «новые, эффективные стратегии поведения», «активность, энтузиазм, оптимизм», «ресурсные состояния» (с. 468—469).

Для этого необходима новая психотерапия — *мультимодальная интегративная российская психотерапия*. Она не есть клиническая психотерапия, а именно мультимодальная, мироощущенчески психологическая (в широком смысле), т. е. не отправляющаяся от подробностей характера, клинической картины, дифференциальной диагностики, а интегрирующая в себе различные психотерапевтические механизмы в их, в основном, психологическом преломлении, хотя может применяться не только для клиентов, но и в психиатрии. И это прежде всего метод — Восточная версия Трансактного анализа Виктора и Галины Макаровых. Всей душой приветствую эту новую по-молодому оптимистическую российскую психотерапию. Я, может быть, сам бы попробовал «в новых условиях нашего больного общества» погрузиться в нее и как клиент, и как психотерапевт, если бы, конечно, был много моложе и не дышал бы так неисправимо клинической психиатрией и психотерапией. Да и Макаров (2002) справедливо утверждает: «Сложившаяся в советское время клиническая психотерапия и сегодня продолжает интенсивно развиваться» (с. 7).

Дело, конечно, в том, что в демократическом обществе естественно развитие бесконечно разнообразной психотерапии — и клинической (психиатрической) и психологической (в широком смысле). Этого требуют разнообразные душевные состояния людей России — больных и здоровых, нуждающихся в психотерапевтической помощи. ИВосточная версия Трансактного анализа — прежде всего для здоровых, клиентов, а Клиническая психотерапия — прежде всего для психиатрических пациентов и здоровых людей, которым легче психотерапевтически-диалектически найти и развить благодатные ценности в своих душевных трудностях, изучая природу своей даже больной души, нежели счастливо перемениться душой в духе нового времени. Знаю из разговоров с эмигрантами на Западе, что многие бывшие россияне именно там, среди напряженно-прагматической жизни проникаются теплым чувством к теплой российской непрактичности, неуверенности, мечтательности, с которыми природно спаяны и другие, в том числе самобытно ценные особенности нашей души. Рассказывают, что старый Шагал, навестивший перед смертью свою родину, с трогательным душевным теплом опустился на колени перед поломанным забором в Переделкино.

Если бы новая психотерапия к нашей широкой российской неуверенной в себе талантливости прибавила бы еще высокий массовый уверенный в себе профессионализм-прагматизм!

В заключение отмечу, что мне бы хотелось, чтобы для стройности нашего представления о российской психотера-

пии авторы других известных российских психотерапевтических методов сами сообщили в печати о том, в каком поле российской психотерапии (может быть, еще не известном) им видятся свои методы. Эти методы суть, прежде всего, Онтогенетически-ориентированная психотерапия Шевченко и Добриденя, Континуальная психотерапия Валентика и Дианализ Завьялова.

Литература

1. *Алексейчик А.Е.* Интенсивная терапевтическая жизнь // Независ. психиатрич. журн., 1999, № 1. С. 26–33. № 2. С. 45–51.
2. *Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия. М.: Академический Проект, ОППЛ, 2000.
3. *Василюк Ф.Е.* Пережить горе //О человеческом в человеке / Под ред. И.Т. Фролова. М.: Издат. полит. лит., 1991. С. 230–247.
4. *Егоров Б.Е.* Российский клинический психоанализ— новая школа. М.: Академический Проект, ОППЛ; Екатеринбург: Деловая книга, 2002.
5. Психотерапевтическая энциклопедия. / Под ред. Карвасарского Б.Д. СПб.: Питер ком., 1998.
6. *Консторум С.И.* Кпостановке вопроса об активирующей терапии психоневрозов //Журн. невропатол. и психиатр., 1930, № 3. С. 79–90.
7. *Консторум С.И.* Психотерапия шизофрении //Проблемы пограничной психиатрии /Под ред. Т.А. Гейера. М.–Л.: Госиздат биол. и медиц. лит., 1935. С. 287–309.
8. *Консторум С.И.* Опыт практической психотерапии. — М.: Минздрав РСФСР, 1962. 2-е изд.
9. *Кречмер Э.* Медицинская психология / Пер. с нем. М.: «Жизнь и знание», 1927.
10. *Макаров В.В.* Психотерапия нового века. М.: Академический Проект, 2001.
11. *Макаров В.В.* Психотерапия в Российской Федерации // Профессиональная психотерап. газета, 2002, № 3(4), август. С. 1, 3–11.
12. *Яроцкий А.И.* Идеализм как физиологический фактор. Юрьев: Юрьевский Университет, 1908.
13. *Яроцкий А.И.* О психотерапии при хронических внутренних болезнях //Русский Врач, 1917, № 25–28. С. 433–444.
14. *Kretschmer E.* Der Aufbau der Persцnlichkeit in der Psychotherapie //Z. ges. Neurol., 1934, Bd. 150, H. 5. S. 729–739.
15. *Kretschmer E.* Psychotherapeutishe Studien. Thieme. Stuttgart, 1949.

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Живые, глубокие книги психотерапевтов-классиков — это будто они сами, эти психотерапевты. Душою, мыслью неторопливо общаемся с классиками, погружаясь в их книги. Скучаю-тревожусь по каждой из таких книг, если дал кому-то почитать. Будто близкого человека долго нет дома. По-моему, важно смолоду читать дома (не в библиотеке) именно эти живые, глубокие книги, жить вместе с ними, а на преходящие писания, аннотации тратить как можно меньше времени, научившись быстро угадывать преходящее и проглядывать такие страницы. Думается, в нашем, психотерапевтическом, деле учитель, живущий в своей книге, значит для ученика-читателя гораздо больше, нежели живущий в своей книге учитель-хирург или терапевт.

Говорят, что непосредственное общение с учителем в клинической медицине, наблюдение за его работой превыше всех книг. Да, но. Но зато живая книга может жить сама по себе долгие годы, помогая поколениям врачей совершенствоваться в своем деле, творить свое. И она всегда рядом. И еще есть волшебство в том, что книга, отделившись от автора, может помогать глубже, нежели сам автор, — и врачу, и пациенту, и самому автору.

Сейчас проще купить главные книги. А в то духовно трудное, тоталитарное время моей молодости, когда психиатрическую, психотерапевтическую классику почти не переиздавали, мне помогла купить любимые мои книги Анна Алексеевна Щербакова, заведующая крохотным московским магазином медицинской букинистической книги в Проезде Художественного театра. Анна Алексеевна помогала мне, как и другим врачам, приглянувшимся ей в ее магазине, совершенно бескорыстно, с тихой радостью, что эти книги теперь у тех, кому очень нужны для врачевания. Это было для нее ее посильным, святым делом помощи, в конце концов, больным людям. Отдаю себе отчет в том, что из-за нас, врачей, приглянувшихся Анне Алексеевне, драгоценные эти книги не достались врачам, которые, возможно, лучше нас. Все не так просто. Есть и была в душе эта неловкость. Но отказаться от живых книг не мог.

В течение многих уже лет погружаясь в книги от Анны Алексеевны, светло благодарю ее про себя.

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

(классические клинические обозначения, по МКБ-9 (адаптированная для использования у нас), по МКБ-10 и «рабочие» диагностические обозначения автора).

1. Психопатии (специфические расстройства личности по МКБ-10 [F60]) с дефензивными проявлениями:
   1.1. Психастеническая психопатия (ананкастическая психопатия по МКБ-9 [301.4] и ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности по МКБ-10 [F60.5]);
   1.2. Астеническая психопатия по МКБ-9 (301.6) (тревожное (уклоняющееся) расстройство личности по МКБ-10 [F60.6] и зависимое расстройство личности по МКБ-10 [F60.7]);
   1.3. Дефензивные шизоиды (шизоидная психопатия по МКБ-9 [301.2] и шизоидное расстройство личности по МКБ-10 [F60.1]);
   1.4. Дефензивные циклоиды (аффективная психопатия по МКБ-9 [301.1] и циклотимия по МКБ-10 [F34.0]);
   1.5. Дефензивные эпилептоиды (возбудимая психопатия по МКБ-9 [301.3] и эмоционально-неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип) по МКБ-10 [F60.3]);
   1.6. Дефензивные истерические психопаты (истерическая психопатия по МКБ-9 [301.5] и истерическое расстройство личности по МКБ-10 [F60.4]);
   1.7. Ананкасты (невроз навязчивости по МКБ-9 [300.3] и обсессивно-компульсивное расстройство по МКБ-10 [F42]).
2. Малопрогредиентная неврозоподобная шизофрения с дефензивными проявлениями (вялотекущая шизофрения с неврозоподобной симптоматикой по МКБ-9 [295.51], синдром деперсонализации невротический по МКБ-9 [300.6] и шизотипическое расстройство по МКБ-10 [F21], синдром деперсонализации-дереализации по МКБ-10 [F48.1]).
3. Хронический алкоголизм по МКБ-9 (303). Синдром зависимости от алкоголя по МКБ-10 (F10.2).
4. Циклотимия по МКБ-9 (296.81). Циклотимия по МКБ-10 [F34.0).

СПИСОК РАБОТ АВТОРА (В ХРОНОЛОГИЧЕСКОМ ПОРЯДКЕ), ВЫПУЩЕННЫХ В РАЗНЫЕ ГОДЫ И СОСТАВЛЯЮЩИХ КНИГУ*

1. О предрасположенности к хроническому алкоголизму // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1968, т. 68, вып. 4. С. 585–589.
2. К амбулаторной психотерапии психастеников // Вопросы клиники и современной терапии психических заболеваний / Под ред. О. В. Кондрашковой. — М.: МКПБ №4 им. П. Б. Ганнушкина, 1970. С. 209–211.
3. О противоречивости в характере психастенических подростков и юношей // Материалы к 3-й Всероссийской научной конференции по неврологии и психиатрии детского возраста / Под ред. В. В. Ковалева. — М.: ВНМОНИП, 1971. С. 211–213.
4. Аутогенная тренировка (Учебное пособие).— М.: ЦОЛИУВ,1971. — 23 с.
5. К вопросу о психастенических болезненных сомнениях и психотерапии при них // Вопросы психотерапии / Под ред. Г. В. Морозова и М. С. Лебединского. — М.: ЦОТКЗНИИСП им. В. П. Сербского, 1972. С. 243–246.
6. К вопросу о психическом складе людей, страдающих неврозом навязчивых состояний // Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте / Под ред. И. З. Вельвовского. — Харьков: УИУВ, 1972. С. 132–133.
7. О некоторых личностных вариантах алкоголиков в связи с психотерапией: Учебное пособие. — М.: ЦОЛИУВ, 1973. — 40 с.
8. К вопросу о дифференциально-диагностической ценности аутогенной тренировки // Психическая саморегуляция / Под ред. А. С. Ромена. — Алма-Ата: КГУ, 1973. С. 89–94.
9. К психотерапии сверхкомпенсации психастеников // Тезисы докладов конференции по психотерапии / Под ред. В. М. Банщикова и В. Е. Рожнова. — М.: ЦОЛИУВ, 1973. С. 53–56.
10. К уточнению клинического понятия «психастеническая психопатия» (Краткая история и современное состояние вопроса) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1974, т. 74, вып. 11. С. 1726–1742.
11. К психической саморегуляции психастеников с ипохондрическими ощущениями // Психическая саморегуляция. / Под ред. А. С. Ромена. — Алма-Ата: КГУ, 1974. Вып. 2. С. 126–128.
12. Психастеноподобный вариант шизофрении, осложненной алкоголизмом // Психиатрия, нервопатология и нейрохирургия. Ч. I / Под ред. З. Г. Сочневой. — Рига: РМИ, 1974. С. 53–56.
13. Бурно М. Е., Зикеева Л. Д. К вопросу об отношении больного к своему соматическому заболеванию // Терапевтический архив, 1974, т. XLVI, №10. С. 16–22.
14. Бурно М. Е., Журавлева А. А., Мочкина Л. М., Мочкин А. Н. К психотерапии нарушений сна у психастеников // Вопросы клиники и псхотерапии алкоголизма и неврозов / Под ред. В. Е. Рожнова. — М.: ЦОЛИУВ, 1974. С. 56–61.

* Здесь сохранены прежние названия работ.

15. О личностных особенностях фобических невротиков с точки зрения психиатра-психотерапевта // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии / Под ред. И. М. Виша. — Тамбов: Тамбовск. обл. совет научных медиц. обществ, 1974. С. 57—61.
16. Бурно М. Е., Павлов И. С. Особенности лечения алкоголизма у психопатических личностей: Методические указания. — М.: Минздрав СССР, 1975. — 18 с.
17. Самовнушение и аутогенная тренировка. — М.: ЦОЛИУВ, 1975. — 20 с.
18. Бурно М. Е., Горячев К. С., Журавлева А. А., Мочкина Л. М., Куклина Н. Л. К вопросу об ипохондрических безбредовых шизофренических состояниях (клиника и терапия) // Научно-практические вопросы психиатрии в трудах молодых специалистов РСФСР / Под ред. А. А. Портнова. — М.: МНИИП, 1975. С. 10—17.
19. Психопатии и алкоголизм: Лекция. — М.: ЦОЛИУВ, 1975. — 32 с.
20. Этиология алкоголизма: Лекция. — М.: ЦОЛИУВ, 1975. — 24 с.
21. К особенностям психастенического мышления в связи с психотерапией психастеников и клиническим исследованием бессознательного // Вопросы психотерапии алкоголизма и неврозов / Под ред. В. Е. Рожнова. — М.: ЦОЛИУВ, 1976. С. 27—30.
22. К вопросу о психастенических функциональных, вегетативных расстройствах в плане деонтологической настороженности интерниста // Проблемы медицинской деонтологии / Под ред. Г. В. Морозова. — М.: ВНОНИП, 1977. С. 227—230.
23. О глубокой разъяснительно-просветительной терапии психастеников // Вопросы психиатрии и психотерапии / Под ред. И. М. Виша. — Тамбов: ТОНМОНИП, 1977. С. 537—540.
24. О женщине с психастеническим характером // Там же. С. 340—343.
25. Об одной из форм гипнотического сомнамбулизма // Психотерапия алкоголизма и неврозов / Под ред. В. Е. Рожнова. — М.: ЦОЛИУВ, 1978. С. 11—16.
26. Приемы психической саморегуляции (ПСР) в комплексном лечении больных хроническим алкоголизмом: Методические рекомендации. — М.: Минздрав СССР, 1979. — 14 с.
27. Диагностика вялотекущего шизофренического процесса, осложненного хроническим алкоголизмом: методические рекомендации. — М.: Минздрав СССР, 1979. — 18 с.
28. О защитно-психологической структуре гипноза // Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии / Под ред. З. Г. Сочневой. — Рига: РМИ, 1979. С. 68.
29. Психологическая защита и лечение творчеством // 3-й Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии (краткое содержание докладов) / Под ред. М. М. Кабанова. — Л.: ЛНИПИ им. В. М. Бехтерева, 1979. С. 140—142.
30. Бурно М. Е., Каравирт К. А. О формах гипнотического сомнамбулизма сообразно клинической почве // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1980, т. 80, вып. 8. С. 1187—1191.
31. Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и неврозов: Учебное пособие. — М.: ЦОЛИУВ, 1981. — 44 с.
32. Эмоционально-стрессовая психотерапия в амбулаторной практике // Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях / Под ред. В. Е. Рожнова и

Б. Д. Карвасарского. — Л.: ЛНИПИ им. В. М. Бехтерева, 1982. С. 35–41.
33. Антиалкогольный клуб: Методические рекомендации. — М.: Минздрав СССР, 1982. — 18 с.
34. О «простодушном» варианте личности больных хроническим алкоголизмом // Журн. невропатол. и психиатр. им С. С. Корсакова, 1983, т. 83, вып. 2. С. 73–78.
35. Случай психотерапии безнадежной раковой больной // Актуальные вопросы психоневрологической помощи / Под ред. П. В. Михалева и Л. П. Яцкова. — Владивосток: Владивостокский гос. медиц. инст., 1984. С. 65–68.
36. О совместимости в браке психастеников с психопатами различного склада // Медико-биологические аспекты брака и семьи / Под ред. А. Т. Филатова. — Харьков: УИУВ, 1985. С. 61.
37. О терапии творческим общением с природой // Тезисы докладов краевой научно-практической конференции по психотерапии и медицинской деонтологии / Под ред. В. Е. Рожнова. — Ставрополь: Кисловодск. совет по управл. курортами профсоюзов, 1986. С. 123–125.
38. Клиника хронического алкоголизма: Лекция. — М.: ЦОЛИУВ, 1986. — 42 с.
39. Приложение к брошюре «Клуб трезвых людей». — М.: Знание, 1986. С. 61–63.
40. The Essence of the Process of Creative Therapy During Depersonalization Disorders // Der Therapie und Ausbildungs-prozeв. Forschung und Praxis. Workshops / Ed. M. Geyer, H. Hess, W. Konig, F. Magnussen. — Erfurt, 1987. P. 14–16 (на англ. яз.).
41. «Чай и свечи» в «психотерапевтической гостиной» // Актуальные вопросы дальнейшего совершенствования диагностики и лечения больных на курорте / Под ред. А. Т. Филатова. — Харьков: УИУВ, 1987. С. 214–216.
42. К психотерапии психастенической ипохондрии // Психогенные и психосоматические расстройства. Часть II / Под ред. Л. Мехилане. — Тарту: ТГУ, 1988. С. 369–371.
43. О клинико-психотерапевтических рассказах врача // Научно-практическая конференция по неврологии и психотерапии. — Одесса: Одесск. обл. совет по управл. курортами профсоюзов, 1988. С. 3–4.
44. О психотерапевтически глубоком, медленном общении с духовными ценностями // Там же. С. 15.
45. О «группе творческого самовыражения» для дефензивных пациентов // Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях / Под ред. Б. Д. Карвасарского и В. Е. Рожнова. — Л.: ЛНИПИ им. В. М. Бехтерева, 1988. С. 122–127.
46. Бурно М. Е., Павлов И. С. К психотерапии больных алкоголизмом с так называемым истерическим заострением личности // Вопросы профилактики, диагностики и лечения вредных привычек у лиц молодого возраста / Под ред. В. А. Худика и Э. И. Лапинского. — Чернигов, 1988. С. 70–72.
47. Психотерапия циклотимической субдепрессии // 8-й Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. Т. 3. / Под ред. Г. В. Морозова. — М.: Минздрав СССР, 1988. С. 469–471.
48. К практической терапии творческим самовыражением // Научно-практич. конференция по эмоционально-стрессовой психотерапии

и лечению заболеваний нервной системы. — Одесса: Одесск. обл. совет по управл. курортами профсоюзов, 1989. С. 11—12.
49. Любовь и Творчество // Там же. С. 21.
50. Практическое уточнение к работе группы творческого самовыражения // Там же. С. 19.
51. О клинической сущности деперсонализации // Там же. С. 5—6.
52. О значении групповых занятий в терапии творческим самовыражением // Научно-практич. конференция по физиологии, физвоспитанию, ЛФК, санаторно-курортн. лечению и учебно-воспитат. работе. — Одесса: Одесск. обл. совет по управл. курортами профсоюзов, 1989. С. 13.
53. «Головастик и лягушка» (тема к занятию в группе творческого самовыражения) // Там же. С. 51.
54. Об одном «психотерапевтическом утешении» // Там же. С. 53.
55. К вопросу о взаимоотношениях психотерапевта с больными неврозоподобными расстройствами // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. Ч. 1. — Москва—Витебск: Минздрав СССР, 1989. С. 22—24.
56. Органическая психопатия и акцентуация как почва для алкоголизма // Проблемы наркологии. — Душанбе: Минздрав СССР, 1989. С. 52—53.
57. Однократное целебно-творческое воздействие // Первая региональная научно-практич. конференция «Актуальные вопросы психотерапии и народной медицины» / Под ред. К. В. Москети. — Одесса: Одесск. обл. ассоциация психотерапевтов, 1990. С. 96—97.
58. О духовной, гуманистической реалистичности терапии творческим самовыражением // Там же. С. 18.
59. «Кошка и собака» (к занятиям в группе творческого самовыражения) // Научно-практич. конференция по ЛФК, физвоспитанию, диагностике, лечению и учебно-воспит. работе. — Одесса: Одесск. управл. санаториями МЗ УССР, 1990. С. 79.
60. К клинике и психотерапии деперсонализационной эндогенно-процессуальной субдепрессии // Там же. С. 31—32.
61. «Примитивистское течение» в работе группы творческого самовыражения // Научно-практич. конференция, посвященная вопросам организации, профилактики и лечения. — Одесса: Обл. совет по управл. курортами профсоюзов, 1990. С. 74.
62. Практическое уточнение к терапии творческим общением с искусством // Там же. С. 74.
63. О занятиях иностранным языком в рамках терапии творческим самовыражением // Там же. С. 77.
64. «Солнце, деревья и травы за окном психотерапевтической гостиной» (тема к занятию в группе творческого самовыражения) // Там же. С. 80—81.
65. К психотерапии хронических парафренных больных // Современные проблемы практической психотерапии / Под ред. А. С. Данилова, А. А. Мартыненко, Б. К. Пашнева. — Харьков: Независ. ассоциация психотерапевтов, 1991. С. 15—17.
66. О двадцатиминутной попытке помочь человеку целебно общаться с природой // Научно-практич. конференция «Здоровый образ жизни» / Под ред. И. И. Ратовского. — Одесса: Одесск. гор. центр здоровья, 1991. С. 21—22.

67. Уточнение к терапии творческим общением с природой // Там же. С. 22.
68. Тема человеческого бессмертия в терапии творческим самовыражением // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы лечебно-профилактич., диагностич. и учебно-воспитат. работы». — Одесса: Пед. институт им. К. Д. Ушинского, 1991. С. 50.
69. О пациентах-психотерапевтах в терапии творческим самовыражением // Московск. психотерапевт. журн., 1992, № 2. С. 89–103.
70. Экология психотерапии // IV Соловецкий общественно-политич. форум «Человек и общество, психич. здоровье и экология культуры». — Архангельск—Соловки, 1992. С. 3–4.
71. Трагедия С. И. Консторума // Независимый психиатрич. журнал, 1992, I–II. С. 86–89.
72. Беседы с Вольфгангом Кречмером // Московск. психотерапевт. журн., 1993, № 1. С. 141–160.
73. К вопросу о клинической (медицинской) психотерапии // Московск. психотерапевт. журн., 1993, № 2. С. 213–220.
74. Опыт работы с антиалкогольным клубом // Россия. Север. Море. V Соловецкий форум / Под ред. В. А. Любимова. — Архангельск: Арханг. гос. мед. инст., 1993. С. 12–13.
75. Психотерапия «сомневающейся» ипохондрии // Моск. психотерапевт. журнал, 1994, № 1. С. 108–128.
76. Материалист или идеалист? // Актуальные вопросы психотерапии и альтернативной медицины / Под ред. А. Е. Штеренгерца. — Одесса: Гипно, 1994. С. 10–11.
77. Въерху клиничната (естествено-научна) психосоматика // Психосоматична медицина, т. II, 1994, № 2. С. 3–9 (на болг. яз.).
78. Памяти Вольфганга Кречмера // Независимый психиатрический журнал, 1994, IV. С. 55–56.
79. О клинической (реалистической) сути терапии творческим самовыражением // Социальная работа и социальное управление: тезисы докладов VI Соловецкого форума. — Архангельск: Изд-во Архангельского гос. мединститута, 1994. С. 36–37.
80. К суггестивной терапии шизоидных страхов // Материалы международной научно-практич. конференции по психотерапии и реабилитации больных / Под ред. К. Л. Сервецкого. — Одесса: Одесск. объединение санаториев Минздрава Украины, 1994. С. 3–4.
81. О психотерапевтической технике и психотерапевтическом личностном переживании // Там же. С. 3.
82. К краткосрочной психотерапии субдепрессивно-деперсонализационных расстройств // Успехи теоретической и клинической медицины. Материалы I научн. сессии Российской медицинской академии последипломного образования. — М.: РМАПО, 1995. С. 152.
83. Об основных чертах Реалистического психотерапевтического театра // Игровые и арт-методы в психотерапии и психокоррекции в медицине и педагогике. — М.: Фонд социально-психического здоровья семьи и ребенка, 1995. С. 6–7.
84. О клинических психотерапевтических группах // Социальная и клиническая психиатрия, 1995, т. 5, вып. 3. С. 68–71.
85. Справочник по клинической психотерапии (Некоторые старые и новые способы лечения средствами души). — М.: РОМЛ, 1995. С. 5–8, 8–42, 42–59.

86. Об основном целебном «механизме» терапии духовной культурой // Терапия духовной культурой (Сборник докладов конференции, посвященной 240-летию со дня рождения Георга Форстера) / Под ред. М. Е. Бурно и Б. А. Воскресенского. — М.: МПА, РОМЛ, 1995. С. 5—8.
87. О существе аутистического характерологического радикала // Материалы XXIV обл. научно-практич. конференции / Под ред. В. М. Николаева. — Пенза: ИУВ, 1995. С. 35—38.
88. О психастеническом мироощущении А. П. Чехова (в связи с рассказом «Черный монах») // Целебное творчество А. П. Чехова (Размышляют медики и филологи) / Под ред. М. Е. Бурно и Б. А. Воскресенского. — М.: МПА, РОМЛ, 1996. С. 14—22.
89. К вопросу о реалистическом психотерапевтическом театре // Современные направления психотерапии и их клиническое применение (Мат-лы Первой Всероссийск. учебно-практич. конференции по психотерапии / Под ред. Е. Г. Гордеевой. — М.: Инст. психотерап., 1996. С. 24—25.
90. Заметки о творческом самовыражении // Мат-лы международной научно-практич. конференции по учебно-воспитат. работе с детьми / Под ред. В. П. Прусса. — Одесса: Пед. ун-т им. К. Д. Ушинского, 1996. С. 13.
91. Заметка к занятиям с больными алкоголизмом // Там же. С. 18.
92. О существе синтонно-реалистического (сангвинического) характерологического радикала // Там же. С. 13—14.
93. О существе психастенического (реалистически-деперсонализационного) характерологического радикала // Там же. С. 17—18.
94. Заметки к терапии творческим самовыражением аутистических пациентов // Там же. С. 24.
95. Клиническая одухотворенная психотерапия и феноменологическая психиатрия — светлые грани созвучия // Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия: II Консторумские чтения (27 декабря 1996 г.). — М.: НПА, 1997. С. 17—19. (приложение к независимому психиатрическому журналу.)
96. Вступительное слово на конференции «Психотерапия малопрогредиентной шизофрении» // Психотерапия малопрогредиентной шизофрении: I Консторумские чтения (22 декабря 1995 г.). — М.: НПА, 1996. С. 2. (Приложение к независимому психиатрическому журналу)
97. О душевных особенностях психиатра-психотерапевта Семена Исидоровича Консторума // Там же. С. 3—6.
98. Заметка о терапии творческим самовыражением // Терапия творчеством / Под ред. М. Е. Бурно и Б. А. Воскресенского. — М.: МПА, РОМЛ, 1997. С. 5—6.
99. О творческой (креативной) природе психотерапевтического эмоционального контакта // Мат-лы научно-практических конференций обл. клин. б-цы. Реабилитация / Под ред. В. П. Гогуленко. — Одесса: Обл. клин. больница, 1997. Вып. 1. С. 11.
100. К беседе о Природе в лечебной группе творческого самовыражения // Там же. С. 10.
101. Еще о клинико-психотерапевтическом (целебно-реалистическом) театре // Вторая Всероссийская научно-практич. конференция «Современные направления арт-терапии в медицине и образовании». — М.: Метаморфоза, 1997. С. 12—13.

102. О повседневно-элементарной терапии творческим общением с природой // Успехи теоретической и клинической медицины: Материалы II научной сессии Российской медицинской академии последипломного образования, посвященной 850-летию Москвы / Под ред. Л. К. Мошетовой. − М.: РМАПО, 1997. Вып. 2. С. 116−117.
103. О национальной особенности российской психотерапии // Там же. С. 100−101.
104. Заметки к краткосрочной терапии творческим самовыражением // Реабілітація. Матеріали міжнародної наукової конференції / Под ред. О. Ю. Штеренгерца. — Одеса: Південно-українськ. педагогічн. університет ім. К. Д. Ушинського, 1997. С. 19.
105. О «психотерапевтическом» рассказе А. П. Чехова «Черный монах» // Независ. психиатр. журн., 1998, № 2. С. 87−90.
106. Терапия творческим самовыражением в ППЛ // Вестник последипломного медицинского образования / Под ред. В. В. Макарова. — М.: РМАПО, 1998. С. 25.
107. О теплой иронии Чехова // Материалы к терапии творческим самовыражением: Сборник статей и очерков / Под ред. М. Е. Бурно и А. С. Соколова. — М.: МПА, РОМЛ, 1998. С. 17−24.
108. О художественно-психотерапевтическом творчестве известных психиатров-психотерапевтов (Предварительное размышление) // Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств: III Консторумские чтения (19 декабря 1997 г.). Приложение к Независимому психиатрическому журналу. — М.: НПА, 1998. С. 27−29.
109. Вклад специалистов Одессы в развитие лечебно-профилактического метода «Терапия творческим самовыражением» // Новое в науке и практике, 1998, № 1 (Одесса). С. 29−30.
110. К особенностям переживания природы психастеником // Новое в науке и практике, 1998, № 2 (Одесса). С. 23.
111. Клубная реабилитация душевнобольных и терапия творческим самовыражением // Там же. С. 23.
112. Биологически активные добавки и терапия творческим самовыражением // Биологически активные добавки в оздоровительной, лечебной и психотерапевтической практике / Под ред. В. В. Макарова. — М.: РМАПО, 1998. С. 20−21.
113. О некоторых видах библиотерапии // Вестник психотерапии: Научно-практический журнал, 1998, № 5 (10). С. 52−62.
114. Заметки клинического психотерапевта о неклинической медицине, целителях (в помощь последипломному медицинскому преподаванию) // Вестник последипломного медицинского образования / Под ред. Э. А. Баткаева. — М., 1998. С. 30−33.
115. Терапия творческим самовыражением: Диссертация в виде научного доклада на соискание ученой степени доктора медицинских наук. — М.: МЗ РФ, РМАПО, 1998. С. 42−43, 40, 3−7, 19−26, 44−45, 35−37, 16−18, 26−30, 41, 31, 33−34, 32−33, 37−39, 39−40.
116. О самом главном в терапии творческим самовыражением (ТТС) // Новое в науке и практике, 1999, № 1 (Одесса). С. 42−43.
117. О существе подлинной (специфически-человеческой) психотерапии // Успехи теоретической и клинической медицины: Мат-лы III научной сессии Российской медицинской академии последипломного образования / Под ред. Л. К. Мошетовой. — М.: РМАПО, 1999. Вып. 3. С. 207−209.

118. О Терапии творческим самовыражением пациентов с шубообразной шизоаффективной шизофренией (тридцатилетний психотерапевтический опыт) // Независ. психиатр. журн., 1999, вып. III. С. 34—37.
119. Терапия творческим самовыражением: Клиническая терапия творчеством, духовной культурой // Московский психотерап. журн., 1999, № 1. С. 19—46.
120. «Целебные крохи воспоминаний» в терапии творческим самовыражением // Терапия духовной культурой: IV Консторумские чтения (18 декабря 1998 г.): Приложение к Независимому психиатрическому журналу. — М.: НПА, 1999. С. 3—4.
121. О целебно-творческом стиле жизни // Там же. С. 33—34.
122. О терапии духовной культурой // Новое в науке и практике, 2000, № 1 (Одесса). С. 9—13.
123. Об особых, глубинно-личностных ремиссиях у дефензивно-шизотипических (эндогенно-процессуальных неврозоподобных) пациентов в Терапии творческим самовыражением // Труды XIII съезда психиатров России. — М., 2000.
124. Патография и Терапия творческим самовыражением // Клиническая психотерапия: V Консторумские чтения (17 декабря 1999 г.): Приложение к Независимому психиатрическому журналу. — М.: НПА, 2000.
125. О существе эмоционального интимного контакта врача с больными шизофренией // Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии. — Новосибирск, 2000.
126. Еще о существе клинической психотерапии // Независ. психиатр. журн., 2000, № 1. С. 28—31.
127. О семейной Терапии творческим самовыражением // Вопросы ментальной медицины и экологии, 2000, № 1. С. 18.

ЛИТЕРАТУРА*

Авербах Я. К. Повторные абстиненции в клинике алкоголизма // Алкоголизм и алкогольные психозы / Под ред. И. И. Лукомского. — М.: ГНИИ психиатрии Минздрава РСФСР, 1963. С. 101—106.

Аверинцев С. С. Символ // Философский энциклопедический словарь / Редкол.: С. С. Аверинцев, Э. А. Араб-Оглы, Л. Ф. Ильичев и др. 2-е изд. — М.: Сов. энциклопедия, 1989. С. 581.

Авиценна (Абу Али ибн Сина). Канон врачебной науки, книга 3, т. 1. 2-е изд. — Ташкент: Фан, 1979.

Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1988.

Адлер А. Практика и теория индивидуальной психотерапии / Пер. с нем. — М., 1995.

Антон Г. О расстройствах развития у детей / Пер. с нем. — М., 1913.

Банщиков В. М. С. С. Корсаков. 1854—1900 (жизнь и творчество). — М.: ВНМОНИП, 1967.

Бассин Ф. В. «Значение» переживания и проблема собственно психологической закономерности // Вопросы психологии, 1972, № 3. С. 105—111.

Бассин Ф., Рожнов В., Рожнова М. Некоторые вопросы эмоциональной напряженности // Коммунист, 1974, № 14. С. 60—70.

Бахтин М. М. Творчество Франсуа Рабле и народная культура средневековья и Ренессанса. 2-е изд. — М.: Худож. лит., 1990.

Бек А. Техники когнитивной психотерапии // Моск. психотерап. журн., 1996, № 3. С. 49—68.

Бек А. Когнитивная терапия депрессий // Там же. С. 69—92.

Берковитц Э., Консторум С. Схизофрения: Сокращ. перевод IX тома Руководства по психиатрии О. Бумке / Под ред. Н. П. Бруханского. — М.: Госмедиздат, 1933.

Бернгейм И. О гипнотическом внушении и применении его к лечению болезней / Пер. с франц. Ч. I. — Одесса, 1888.

Бершадский Д. А. Вариант эмоционально-стрессовой психотерапии в форме специальных стихотворений, применяемых врачом в диалоге с больными (Информационное письмо для врачей и медсестер курорта). — Сочи, 1989.

Бехтерев В. М. Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. — СПб., 1911.

Бехтерев В. М., Срезневский В. В. Новый метод коллективного лечения больных хроническим алкоголизмом // Совр. психоневрология, 1928, № 6. С. 103—104.

Благовещенская Л. Ю. Психотерапевтический концерт в клинико-психотерапевтическом театре // Вторая Всероссийская научно-практич. конференция «Современные направления арттерапии в медицине и образовании». — М: Метаморфоза, 1997. С. 4—6.

---

* Невозможно здесь дать все литературные источники книги: слишком много авторов упомянуто. Немало источников сосредоточено в руководствах под ред. В. Е. Рожнова, А. В. Снежневского.

Блейлер Е. Руководство по психиатрии / Пер. с нем. — Берлин, 1920.
Блейлер Е. Аутистическое мышление / Пер. с нем. — Одесса, 1927.
Блейхер В. М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь. — Киев: Выща шк., 1984.
Богомолец А. А. Введение в учение о конституциях и диатезах. Изд-е 2-е, испр. и доп. — М.: Изд-во наркомздрава РСФСР, 1928.
Броди Е. Индивидуальные изменения поведения больных шизофренией под влиянием психотерапии // Вестник АМН СССР, 1971, № 5. С. 93—95.
Будницкая Е. Ю. «Чувства изящные и красивые, как цветы» // Целебное творчество А. П. Чехова (Размышляют медики и филологи). — М.: МПА, РОМЛ. С. 10—14.
Булатов П. Н., Степанов Н. И. Краткий учебник нервных и душевных болезней. — СПб., 1912.
Бунеев А. Н. О шизофренических реакциях // Труды первого Всесоюзного совещания по судебной психиатрии. — М., 1937. С. 66—71.
Бурно А. А., Бурно М. Е. Краткосрочная терапия творческим рисунком (к терапии творческим самовыражением): Учебное пособие. — М.: ЦИУ врачей, 1993.
Бурно А. М. Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств при малопрогредиентной шизофрении // Психотерапия малопрогредиентной шизофрении: I Консторумские чтения (22. 12. 1995) / Прилож. к Независ. психиатр. журн. — М.: НПА России, 1996. С. 10—11.
Бурно А. М. Клиническая психотерапия и «психологизация» // Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия: II Консторумские чтения (27. 12. 1996) / Прилож. к Независ. психиатр. журн. — М.: НПА, 1997. С. 15—17.
Бурно Е. И. Введение в военно-психиатрическую экспертизу психопатий военного времени // Проблемы психиатрии военного времени. — М., 1945. С. 319.
Бурно М. Е. К истории русской типологии (XVIII в.) // Проблемы личности: Материалы симпозиума / Под. ред. В. Н. Банщикова, Л. Л. Рохлина, Е. В. Шороховой. — М.: ВНМОНИП, 1969. Т. 1. С. 158—164.
Бурно М. Е. О личностях, особенно предрасположенных к алкоголизму: Автореф. канд. дисс. — М., 1969.
Бурно М. Е. Терапия (профилактика) творческим самовыражением: Методич. рекомендации. — М.: МЗ СССР, 1988.
Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. — М.: Медицина, 1989 (2-е изд., испр. и доп. — М.: Академический Проект, 1999).
Бурно М. Е. Трудный характер и пьянство. — Киев: Выща шк., 1990.
Бурно М. Е. О краткосрочной терапии творческим самовыражением // О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клинико-психотерапевтическом театре в психиатрии: Учебное пособие / Прилож. к Независ. психиатрич. журн. — М.: НПА, 1997. С. 2—14.
Бурно М. Е. О реалистическом клинико-психотерапевтическом театре // Там же. — М.: НПА, 1997. С. 15—29.

Бурно М. Е. Сила слабых (психотерапевтическая книга). — М.: Приор, 1999.
Бурно М. Е., Гоголевич Т. Е. Краткосрочная терапия творческим самовыражением пациентов с шизоидной и психастенической психопатиями: Пособие для врачей. — М.: МЗ и МП РФ, 1996.
Бурно М. Е., Зуйкова Н. Л. Творческое самовыражение при психотерапии психопатических личностей: Пособие для врачей. — М.: МЗ РФ, РМАПО, 1997.
Бурно М. Е., Некрасова С. В. Краткосрочная терапия творческим самовыражением дефензивно-шизотипических пациентов: Пособие для врачей. — М.: МЗ РФ, РМАПО, 1998.
Буянов М. И. Психический инфантилизм (краткая история и современное состояние проблемы) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1971, № 10. С. 15—79.
Василенко В. Х. Вопросы врачевания // Тер. архив, 1973. С. 117.
Василюк Ф. Е. От психологической практики к психотехнической теории // Москов. психотерап. журнал, 1992, № 1. С. 15—32.
Введенский И. Н. О методах амбулаторного лечения алкоголизма // Труды I Всероссийского съезда по борьбе с пьянством. — СПб., 1910. С. 1317—1330.
Вертоградова О. П. Депрессия как общемедицинская проблема // Медицина для всех (врачам и пациентам), 1997, № 2(4). С. 2—9.
Вид В. Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. — СПб.: Психоневрол. институт им. В. М. Бехтерева, 1993.
Вишневский Б. Н. Русские работы по конституции человека. Отдельный оттиск из книги проф. Ф. Вейденрейха «Раса и строение тела». — Л., 1929. С. 228—268.
Волков П. В. Разнообразие человеческих миров (Руководство по профилактике душевных расстройств). — М.: Аграф, 2000.
Воскресенский Б. А. Психиатрия, психотерапия, религия (некоторые вопросы теории и практики) // Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия: II Консторумские чтения (27. 12. 1996) / Приложение к Независимому психиатрическому журналу. — М.: Изд-во НПА, 1997. С. 11—15.
Воскресенский Б. А., Воскресенская А. Б. О психотерапевтической неисчерпаемости Чехова // Целебное творчество А. П. Чехова (Размышляют медики и филологи). — М.: РОМЛ, 1996. С. 22—26.
Воскресенская А. М. Опыт применения культтерапии в дневном стационаре // Тезисы докладов научной конференции клинической психиатрической больницы № 8. — М., 1964. С. 13.
Войно-Ясенецкий В. Ф. (архиепископ Лука Войно-Ясенецкий). Сердце как орган высшего познания (глава из книги «Дух, душа, тело») // Человек, 1991, № 6. С. 106—115.
Вольф М. С. Место психотерапии в комплексном лечении больных эпилепсией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1961, №т 12. С. 1981—1982.
Выгодский Л. С. Психология искусства. — М.: Искусство, 1968.
Ганнушкин П. Б. Психастенический характер // Современная психиатрия, декабрь 1907. С. 433—441.
Ганнушкин П. Б. Психика истеричных (к учению о патологических характерах) // Совр. психиатрия, январь 1909. С. 1.

Ганнушкин П. Б. Избранные труды. — М.: Медицина, 1964.
Геннекен Эмиль. Опыт построения научной критики (эстопсихология) / Пер. с франц. — СПб., 1892.
Гиляровский В. А. О психотерапии на коллективах невротиков как особом методе, проводимом в Донской невропсихиатрической лечебнице // Москов. медиц. журн., 1926, № 7. С. 55–61.
Гиляровский В. А. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов. 2-е изд. — М.–Л.: Госиздат биологич. и медиц. лит-ры, 1935.
Гиппократ. Избранные книги. — М.: Госиздат биологич. и медиц. лит-ры, 1936.
Гоголевич Т. Е. Краткосрочная терапия творческим самовыражением (ТТС) пациентов с шизоидной и психастенической психопатиями // Терапия духовной культурой / Под ред. М. Е. Бурно, Б. А. Воскресенского. — М.: РОМЛ, 1995. С. 11–15.
Гоголевич Т. Е. Краткосрочная терапия творческим самовыражением пациентов с шизоидной и психастенической психопатиями в стадии декомпенсации: Автореф. канд. дисс. — М.: Минздрав РФ, РМАПО, 1998.
Гольдштейн К. Принцип целостности в медицине // Советская психоневрология, 1933, № 3. С. 5–18.
Гриднев А. Н. Определение конституционального типа как метод оперативной прогностики // Кубанский научно-медицинский вестник. — Краснодар, 1928, т. 7–8. С. 58–66.
Гройсман А. Л. Коллективная психотерапия. — М.: Медицина, 1969.
Гросс М. М., Келлер М., Мозер Дж., Рум Р. (ред). Нарушения, связанные с потреблением алкоголя. — Женева: ВОЗ, 1978.
Гуревич В. Б., Маркович-Жигич Д. Интегративная терапия в реабилитации психически больных (по данным комплексной терапии, включавшей лечебное голодание и психотерапию // Терапия духовной культурой: IV Консторумские чтения (18. 12. 1998) / Прилож. к Независим. психиатрич. журн. — М. : НПА России, 1999. С. 6–11.
Гуревич М. О. О малой психиатрии, ее достижениях и ошибках // 50 лет Психиатрической клиники им. С. С. Корсакова. — М., 1940. С. 64.
Гуревич М. О. Психиатрия. — М.: Медгиз, 1949.
Гуревич М. О., Серейский М. Я. Учебник психиатрии. — М., 1946.
Данилевский В. Я. Гипнотизм. — Харьков, 1924.
Давыдовский И. В. Вопросы локализации и органопатологии в свете учения Сеченова, Павлова, Введенского. — М.: Медгиз, 1954.
Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине (этиология). — М.: Медгиз, 1962.
Давыдовский И. В. Общая патология человека. — М., 1969.
Давыдовский И. В., Снежневский А. В. О социальном и биологическом в этиологии психических болезней // Социальная реадаптация психически больных. — М., 1965.
Деглин В. Я. Коллективная психотерапия нарушения сна при некоторых формах неврозов // Психическая саморегуляция. — Алма-Ата, 1973. С. 134.
Дежерин Ж., Гоклер Е. Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапиею / Пер. с франц. — М.: Космос, 1912.

Долотова Л. М., Орнатская Т. И., Сахарова Е. М., Чудаков А. П. Примечания / Чехов А. П. Сочинения, т. 8. — М.: Наука, 1977. С. 488—492.

Добролюбова Е. А. Шизофренический «характер» и терапия творческим самовыражением // Психотерапия малопрогредиентной шизофрении: I Консторумские чтения / Прилож. к Независ. психиатр. журн. — М.: НПА России, 1996. С. 7—8.

Добролюбова Е. А. Домашнее задание («Читая Чехова, пишу») // Целебное творчество А. П. Чехова. 1996. С. 29—34.

Добролюбова Е. А. Полифоническая детскость и терапия творческим самовыражением // Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия. 1997. С. 21—22.

Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение / Пер. с франц. − СПб., 1912.

Жане П. Неврозы / Пер. с франц. — М.: Книгоиздательство «Космос», 1911.

Жислин С. Г. О шизоидных и синтонных алкоголиках // Вопросы наркологии, 1928. № 2. С. 35.

Жислин С. Г. Фактор бездействия и шизофрения // Труды Института им. Ганнушкина / Под ред. С. В. Крайца. — М.: НИНПИ им. П. Б. Ганнушкина, 1939, вып. 3. С. 50—69.

Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии: Клинико-патогенетические зависимости. — М.: Медицина, 1965.

Завьялов А. В. О природе и причинах запойного употребления алкоголя // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1960, № 11. С. 1512.

Завилянская Л. И. Психотерапия неврозоподобных состояний. — Киев: Здоров'я, 1987.

Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1982.

Земель П. Г. К вопросу о механизмах запойных приступов // Труды психиатрической клиники. — Воронеж, 1934, вып. 1. С. 42—61.

Зиновьев П. М. Навязчивые состояния // Большая медицинская энциклопедия, т. 20. — М., 1931. С. 75—86.

Зуйкова Н. Л. Краткосрочная терапия творческим самовыражением шизоидных личностей с семейными конфликтами: Автореф. канд. дисс. — М.: Минздрав РФ, РМАПО, 1998.

Зыбелин С. Г. Избранные произведения. — М.: Госиздат мед. лит-ры, 1954.

Иванов Н. В. Психотерапия в условиях психоневрологического диспансера. — М.: Минздрав РСФСР, 1959.

Иванов Н. В. Пути перестройки аффективности в процессе психотерапии при неврозах и шизофрении // Актуальные вопросы клинической и судебной психиатрии. — Л., 1970. С. 335—341.

Иванец Н. Н., Игонин А. Л., Иванова Н. В. О значении личностных особенностей для клиники и лечения алкоголизма // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1977, вып. 2. С. 237—242.

Иванец Н. Н., Игонин А. Л. Клиника алкоголизма // Алкоголизм (Руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. С. 75—149.

Иванова И. Н. Лечение больных атопическим дерматитом методами психо- и рефлексотерапии: Автореф. канд. дисс. — М., 1994.

Изаксон Х. А. О диагностике различных форм сомнамбулизма // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1975, вып. 3. С. 401–404.
Каннабих Ю. В. Циклотимия, ее симптоматология и течение. — М., 1914.
Каннабих Ю. В. История психиатрии. — М.: Госмедиздат, 1929.
Каннабих Ю. В. К вопросу о так называемом неврозе навязчивых состояний // Советская психоневрология, 1935, № 6. С. 66.
Канторович Н. В. Психогении. — Ташкент, 1967.
Канторович Н. В. Методика условно-рефлекторной электротерапии алкоголизма // Сборник трудов кафедры психиатрии Киргизского гос. мед. института / Под ред. Н. В. Канторовича. — Фрунзе: КГМИ, 1967. С. 8–13.
Капра Ф. Станислав Гроф и Рональд Д. Лэинг // Моск. психотерапевт. журнал, 1992, № 2. С. 161–198.
Капустин А. О том, как хотелось бы изучать психотерапию психотерапевтам без медицинского и психологического образования // Вестник последипломного медицинского образования: Научно-практический и информационный журнал: Приложение. Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого, взгляд в будущее. — М., 1999. С. 27–28.
Каравирт К. А. Об особенностях гипнотического сомнамбулизма у примитивных (дебильных) личностей // Психотерапия алкоголизма и неврозов. — М.: ЦОЛИУВ, 1978. С. 61–63.
Каравирт К. А. Комплексная психотерапия истерического невроза в зависимости от личностных особенностей: Автореф. канд. дисс. — М., 1980.
Каравирт К. А. Психотерапия больных истерическим неврозом в зависимости от особенностей клинической картины и характерологических свойств личности // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1980, № 11. С. 1706–1709.
Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985.
Карвасарский Б. Д. (ред.). Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб.: Питер Ком., 1998.
Карпов В. П. Гиппократ. Избранные книги / Пер. В. И. Руднева. Ред., вступ. статья и прим. В. П. Карпова. — М.: ОГИЗ, Биомедгиз, 1936.
Кербиков О. В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971.
Керр Н. Пьянство, его причины, лечение и юридическое значение. — Харьков, 1889.
Клейнзорге Х., Клюмбиес Г. Техника релаксации / Пер. с нем. — М., 1965.
Ковалев В. В. Сверхценные образования и их роль в психопатологии детского возраста // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1974, т. 74, № 10. С. 1519–1525.
Ковалевский П. И. Пьянство, его причины и лечение. — Харьков, 1889.
Колосова Н. П. Смирнова и Гоголь // Кавкасиони: Лит. сб. Вып. 3. — Тбилиси: Мерани, 1985. С. 189–233.
Консторум С. И. Учебник психиатрии. — М.–Л., 1935.
Консторум С. И. Психотерапия шизофрении // Проблемы пограничной психиатрии / Под ред. Т. А. Гейера. — М.–Л.: Госиздат биол. и медиц. литературы, 1935, с. 287–309.

Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. — М.: Минздрав РСФСР, 1959. 2-е изд. — 1962.
Консторум С. И. Из воспоминаний об Артуре Никише // Независимый психиатрический журнал, 1994, № 3. С. 18–24.
Консторум С. И., Окунева Э. Г., Барзак С. Ю. Ипохондрическая форма шизофрении // Проблемы пограничной психиатрии (Клиника и трудоспособность) / Под ред. Т. А. Гейера. — М.–Л.: Госиздат мед. и биол. лит., 1935. С. 150–202.
Консторум С. И., Барзак С. Ю., Окунева Э. Г. Шизофрении с навязчивостями // Труды Института им. Ганнушкина / Под ред. С. В. Крайца и М. З. Каплинского. — М.: НИНПИ им. Ганнушкина, 1936, вып. 1. С. 57–89.
Консторум С. И., Барзак С. Ю., Окунева Э. Г. Ипохондрическая форма шизофрении (Второе, катамнестическое сообщение) // Труды Института им. Ганнушкина / Под ред. Т. А. Гейера. – М.: НИНПИ им. Ганнушкина, 1939, вып. 3. С. 85–92.
Консторум С. И. Берце. О шизоидии // Невропатология, психиатрия, психогигиена, 1936, т. 5, вып. 6. С. 1041.
Корсаков С. С. Курс психиатрии, т. 1. — М., 1901. С. 235.
Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Пер. с лит. — М.: Академический Проект, 1999.
Краснушкин Е. К. Избранные труды. — М., 1960.
Крафт-Эбинг Р. Учебник психиатрии / Пер. с нем. — СПб., 1897.
Крепелин Э. Психиатрия / Пер. с нем. — СПб., 1898.
Крепелин Э. Учебник психиатрии / Пер. с нем. — М., 1910.
Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов / Пер. с нем., т. 2. — М.: Издание А. А. Карцева, 1912.
Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Пер. с нем. — М., 1923.
Кречмер Э. Медицинская психология / Пер. с 3-го нем. изд. — М.: Жизнь и Знание, 1927.
Кречмер Э. Об истерии / Пер. с нем. — М.–Л.: Госиздат, 1928.
Кречмер Э. Телесные общие чувства и их отношение к аффективности // Медико-биологический журн., 1928, вып. 3–4. С. 3–5.
Кречмер Э. Строение тела и характер / Пер. с 7–8 исправл. и расшир. нем. изд-я. — М.–Л.: Госиздат, 1930.
Кродерс Т. Состояние бреда в пьянстве // Арх. психиатр. нейрологии и суд. психопатол., 1888, т. 11, № 2. С. 107.
Крыжановский А. В. Циклотимические депрессии. — Киев: Ассоц. психиатров Украины, 1995.
Кузнецов О. Н. Пациентоцентрированная библиотерапия психогений непривычных условий существования // Вест. гипнол. и психотер., 1993, № 2. С. 34–44.
Куэ Э. Школа самообладания путем сознательного (преднамеренного) самовнушения / Пер. с франц. — Н. Новгород, 1921.
Лазурский А. Ф. Классификация личностей. — М.—Пг., 1923.
Лахтин М. Ю. Психотерапевтическое влияние художественных трудовых процессов на нервно-больных // Совр. психоневрол., 1926, т. 3, № 5. С. 417–420.
Лебединский М. С., Бортник Т. Л. О значении психотерапии для реадаптации больных невротическими состояниями // Социальная реадаптация психически больных. — М., 1965. С. 242.

Леонгард К. Акцентуированные личности / Пер. с нем. — Киев: Выща шк., 1981.
Липгарт Н. К. Клинико-патофизиологическая характеристика явлений навязчивости у больных неврозами и психастенией: Автореф. докт. дисс. — Харьков, 1970.
Либих С. С. Коллективная психотерапия неврозов. — Л.: Медицина, 1974.
Лурия А. Р. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 3-е изд, доп. — М.: Медгиз, 1944.
Маньян В., Легрен М. Вырождающиеся / Пер. с франц. — СПб., 1903.
Магазинер М. Я. Лечение болезни, происходящей от пьянства, и о способе отучить от него. — СПб., 1954.
Марциновский Я. Нервность и миросозерцание / Пер. с нем. — М.: Психотерап. библиотека, 1913.
Матвеева Е. С. Сравнительное изучение психопатологии и динамики навязчивых сомнений в клинике пограничных состояний и вялотекущей шизофрении: Канд. дисс. — М., 1972.
Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. — М.: Класс, 1998.
Махновская Л. В. О деперсонализации разной природы с точки зрения клинического психотерапевта // Терапия духовной культурой. (...)— М.: НПА России, 1999. С. 21—22.
Макаров В. В. Психически активные вещества в повседневной жизни человека (Руководство для врачей и населения). — М.: Healthway, ГЦН МЗ РФ, 1997.
Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. — М.: Академический Проект, 1999. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Академический Проект, 2000.
Мелехов Д. Е. Из писем Д. Е. Мелехова // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. — М.: Свято-Филаретовская московская высшая православно-христианская школа, 1997.
Мелехов Д. Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // Там же. С. 8—61.
Миллер А. М. Особенности руководства чтением больных в библиотеках лечебно-профилактических учреждений: Автореф. канд. дисс. педагогич. наук. — Л., 1975.
Мировский К. И., Шогам А. Н. О некоторых клинико-физиологических показателях психотонической (аутогенной) тренировки при неврозах: Труды IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров (Москва, 1—7 июля 1963). — М., 1965, т. 5. С. 395.
Мниховский А. Х. Типы душевного развития. — Одесса, 1886.
Молль А. Гипнотизм со включением главных основ психотерапии и оккультизма / Пер. с нем. — СПб.: Издание К. Л. Риккера, 1909.
Морковкин В. М., Бурно Е. И. Диссимуляция в общепсихиатрической и экспертной практике // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1974. С. 165.
Мудров М. Я. Избранные произведения / Под ред. А. Г. Гукасян. — М.: Акад. мед. наук СССР, 1949.

Мюллер-Хегеманн Д. К теории и практике аутогенной тренировки // Журн. невропатол. и психиатр. им. Корсакова, 1962, № 10. С. 1517.
Неткачев Г. Д. Клиника и психотерапия заикания. Новый психологический способ лечения. — М.: Типография Вильде, 1913.
Небаракова Т. П. Клиника, лечение и профилактика хронического алкоголизма, развивающегося у лиц с астеническими характерологическими проявлениями: Методические рекомендации Минздрава СССР / Под ред. д. м. н. Н. Н. Иванца. 1977.
Некрасова С. В. Краткосрочная терапия творческим самовыражением пациентов с дефензивно-малопрогредиентными шизофреническими расстройствами: Автореф. канд. дисс. — М.: Минздрав РФ, РМАПО, 1999.
Норакидзе В. Г. Типы характера и фиксированная установка. — Тбилиси, 1966.
Новиков Е. М. Клиника, лечение и профилактика хронического алкоголизма, развивающегося у лиц с истерическими характерологическими проявлениями: Методические рекомендации Минздрава СССР / Под ред. д. м. н. Н. Н. Иванца // , 1977.
Озерецковский Д. С. О лечении навязчивых невротиков по методу коллективной психотерапии // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1927, № 6. С. 587–594.
Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния. — М., 1950.
Озерецковский Д. С. Психастения // Большая медиц. энцикл. 2-е изд., т. 27. — М., 1962. С. 109–115.
Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях. — Берлин: Госуд. изд-во РСФСР. 1923.
Островская И. М., Островцев Л. Д., Ефимов О. Ю. Рак молочной железы у мужчин. — М.: Медицина, 1988.
Павлов И. П. Проба физиологического понимания симптоматологии истерии // Психопатология и психиатрия: Избранные произведения. — М., 1949. С. 210.
Павлов И. П. О так называемом гипнозе животных // Полн. собр. соч., т. 3, кн. 1. — М.–Л., 1951. С. 359–360.
Павлов И. П. Павловские клинические среды, т. 1. — М.–Л., 1954.
Павлов И. П. Павловские клинические среды, т. 2. — М.–Л., 1955.
Павлов И. С. Типологически-индивидуальный подход в психотерапии хронического алкоголизма // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. — Тамбов, 1974. С. 190–193.
Павлов И. С. Коллективная психотерапия больных алкоголизмом в бодрствующем состоянии: Методич. рекомендации Минздрава СССР / Под ред. В. Е. Рожнова. — М., 1975.
Павлов И. С. Трезвеннический образ жизни как главная цель при лечении больных хроническим алкоголизмом: Метод. рекомендации. — М., 1984.
Павлова И. В. Клинические особенности шизофрении, осложненной алкоголизмом // Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении (сборник диссертационных работ). — М., 1957. С. 147.
Панов А. Г., Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А. Аутогенная тренировка. — Л.: Медицина, 1973.
Пантелеева Г. П. О вялотекущей шизофрении с клиническими изменениями психастенического типа // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1965, вып. 2. С. 1690–1696.

Пезешкян Н. Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия / Пер. с нем. — М.: Прогресс, 1992.
Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия как транскультурный подход в Российской психотерапии: докторская дисс. в виде научн. доклада. — СПб.: СНИЙПИ им. В. М. Бехтерева, 1998.
Пенде Н. Недостаточность конституции / Пер. со 2-го итал. изд-я. — М.–Л.: Госиздат, 1930.
Перекрестов И. М. Аутогенная (нейрососудистая) тренировка в клинике нервных болезней // Вопросы психотерапии. — М., 1966. С. 60.
Петрушин В. И. Музыкальная психотерапия. — М.: Композитор, 1997.
Платон. Собр. соч. в 4-х т., т. 2 / Общ. ред. А. Ф. Лосева, В. Ф. Асмуса; прим. А. Ф. Лосева и А. А. Тахо-Годи; Пер. с древнегреч. — М.: Мысль, 1993.
Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. — М., 1962.
Плетнев Д. Д. Избранное. — М.: Медицина, 1989.
Попов Е. А. Навязчивые состояния и психастения // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг., т. 26. — М., 1949. С. 50–55.
Поклитар Е. А. Опыт использования психогигиенического варианта терапии творческим самовыражением // Научно-практич. конференция по ЛФК, физвоспитанию, диагностике, лечению и учебно-воспитательной работе. — Одесса: Одесск. управл. санаториями МЗ УССР, 1990. С. 35.
Поклитар Е. А., Орловская Л. В., Штеренгерц А. Е. Прикладное значение психотерапевтического приема М. Е. Бурно в практике воспитания школьников и студентов: Материалы международн. научно-практич. конференции по учебно-воспитательной работе с детьми / Под ред. В. П. Прусса. — Одесса: Пед. ун-т им. К. Д. Ушинского, 1996. С. 45–46.
Полищук Ю. И., Гурвич В. Б., Зозуля Т. В. Психотерапия в сочетании с фармакотерапевтическим воздействием у больных малопрогредиентной шизофренией: Методич. рекомендации Минздрава РСФСР. — М., 1990.
Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. — Л.: Медицина, 1971.
Притц А., Тойфельхарт Х. Психотерапия — наука о субъективном // Психотерапия — новая наука о человеке / Пер. с нем. — М.: Академический Проект, 1999. С. 10–29.
Пропп В. Я. Проблемы комизма и смеха. 2-е изд. — СПб.: Алетейя, 1997.
Простомолотов В. Ф. Комплексная психотерапия соматоромных расстройств. — Кишинев: Presa, 2000.
Раймонд Ф. Клинические лекции о болезнях нервной системы, читанные в Сальпетриере в 1894–1895 / Пер. с франц. Т. 1. — СПб.: Народная польза, 1900.
Раймонд Ф. Неврозы и психоневрозы / Пер. с франц. — СПб., 1910.
Рожнов В. Е. Терапевтическая эффективность лечебного внушения в удлиненном гипнотическом сне // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1953, № 6. С. 462–464.

Рожнов В. Е. Психотерапия больных, страдающих вялотекущим шизофреническим процессом // Вопросы психиатрии, вып. 2. — М.: НИИП, 1957. С. 105—106.
Рожнов В. Е. Методические указания по коллективной эмоционально-стрессовой методике гипнотерапии алкоголизма. — М.: Минздрав СССР, 1975.
Рожнов В. Е. (ред.). Руководство по психиатрии. — М.: Медицина, 1974; 2-е изд., доп. и перераб. — Ташкент: Медицина Уз. СССР, 1979; 3-е изд., доп. и перераб. — Ташкент: Медицина Уз. СССР, 1985.
Рожнов В. Е., Бурно М. Е. Гипноз и «психологическая защита» (предварительное сообщение) // Вопросы психотерапии алкоголизма и неврозов / Под ред. В. Е. Рожнова. — М.: ЦОЛИУВ, 1976, вып. 2. С. 60—70.
Рожнов В. Е., Бурно М. Е. Учение о бессознательном и клиническая психотерапия: постановка вопроса // Бессознательное: природа, функции, методы исследования / Под ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассина. — Тбилиси: Мецниерба, 1978. С. 346—353.
Рожнов В. Е., Маркова Г. Ф. Психопатология и психотерапия ипохондрических синдромов у больных с патологией со стороны желудка и у страдающих шизофренией // Актуальные проблемы психиатрии. — М., 1959. С. 355—364.
Рожнов В. Е., Турова З. Г. Об особенностях алкогольного опьянения у психопатических личностей // Судебно-медицинская экспертиза, 1961, т. 4, № 1. С. 19.
Рохлин Л. Л. Соотношения биологического и социального в клинике психопатий // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1974, вып. 11. С. 1672—1680.
Рохлин Л. Л. Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В. Х. Кандинского. — М.: Медицина, 1975.
Рубакин Н. А. Избранное в 2-х т., т. 1. — М.: Книга, 1975.
Руднев В. П. Словарь культуры ХХ века. — М.: Аграф, 1997.
Рыбаков Ф. Е. Душевные болезни. — М., 1917.
Савенко Ю. С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология // Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний. — М., 1974. С. 96—112.
Савенко Ю. С. Феноменология как преодоление дилеммы «сциентизм — антисциенцизм» (значение и судьба феноменологии в психиатрии) // Пути обновления психиатрии: Материалы IV съезда НПА / Под ред. Ю. С. Савенко. — М.: Литература и политика, 1992. С. 122—129.
Салынцев И. В. Гипноз в диагностике и комплексном лечении небредовых ипохондрических расстройств эндогенно-процессуального происхождения: Автореф. канд. дисс. — М.: МЗ РФ, РМАПО, 1999.
Свядощ А. М. Неврозы и их лечение. — М.: Медицина, 1971. 3-е доп. и перераб. изд. — 1982; 4-е доп. и перераб. изд. — 1997 (Питер).
Селье Г. Стресс без дистресса / Пер. с англ. — М., 1979.
Сикорский И. А. Ненормальные и болезненные характеры // Сборник научно-литературных статей по вопросам общественной психологии, воспитания и нервно-психической гигие-

ны в пяти книгах. Книга 3-я. — Киев–Харьков: Южно-русское книгоиздательство Ф. А. Иогансона, 1990. С. 70–99.
Сикорский И. А. Всеобщая психология с физиогномикой. — Киев, 1912.
Смулевич А. Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина, 1987.
Снежневский А. В. (ред.). Руководство по психиатрии в 2-х т. — М.: Медицина, 1983.
Соколов А. С. Вариант // Терапия творчеством. — М.: МПА, 1997. С. 41–43.
Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. – М.: Медицина, 1966. 2-е доп. изд-е. — 1973.
Сумбаев И. С. К теории и практике психотерапии. — Иркутск, 1946.
Суханов С. А. Семиотика и диагностика душевных болезней. Ч. 2. – М., 1905.
Суханов С. А. Патологическая психология индивидуального алкоголизма // Практический врач, 1909, № 12. С. 221.
Суханов С. А. Патологические характеры (очерки по патологической психологии). — СПб., 1912.
Суханов С. А., Ганнушкин П. Б. К учению о навязчивых идеях // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1902, вып. 3. С. 399–416.
Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста, т. 2. — М., 1959.
Сухарева Г. Е. Спорные вопросы в определении понятия психопатии // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1972, вып. 10. С. 1516–1520.
Сухомлинский В. А. Павлышская средняя школа: Обобщение опыта учебно-воспитательной работы в сельской средней школе. 2-е изд. — М., 1979.
Троттер Т. О. О пьянстве / Пер. с англ. — СПб., 1824.
Уильямс Р. Биохимическая индивидуальность / Пер. с англ. — М.: Иностранная литература, 1960.
Фейгенберг И. М. Мозг, психика, здоровье. — М., 1972.
Филатов А. Т., Мартыненко А. А., Мартыненко В. К., Паламарчук В. М., Кравцов В. Г. Методы малой психотерапии // Филатов А. Т., Мартыненко А. А., Мартыненко В. К. и др. Малая психотерапия на курорте / Под ред. А. Т. Филатова. — Киев: Здоров'я, 1983. С. 31–37.
Форель А. Гипнотизм или внушение и психотерапия / Пер. с нем.– Л., 1928.
Франкл В. Человек в поисках смысла / Пер. с англ. и нем. — М.: Прогресс, 1990.
Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ, т. 2. — М.—СПб., 1922.
Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ, т. 1. — М., 1923.
Хайдеггер — Ясперс. Хайдеггер — Босс / Предисловие и перевод В. В. Бибихина // Логос, 1994, № 5. С. 101–113.
Хайкин Р. Б. Художественное творчество глазами врача. — СПб.: Наука, 1992.
Холмогорова А. Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // Моск. психотерап. журн., 1993, № 1. С. 77–112.

Цыпин Г. М. Музыкант и его работа (Проблемы психологии творчества). — М., 1988.
Чиж В. Ф. Психиатрия. — СПб.—Киев, 1911.
Шанин А. П. Новообразования кожи // Многотомное руководство по дермато-венерологии. Т. 3. — М.: Медицина, 1964. С. 644.
Шарко Ж. М. Клинические лекции по нервным болезням. — Харьков, 1885.
Шильдер П. Очерк психиатрии на психоаналитической основе / Пер. с нем. — Одесса, 1928.
Шульц И. Г. Руководство по психотерапии для специалистов и врачей-практиков / Пер. с нем. — Берлин: Врач, 1926.
Шубина Н. К. Клинические особенности компенсаций и декомпенсаций при психопатии тормозимого типа: Диссертация. — М., 1965.
Шумский Н. Г. Алкоголизм // Руководство по психиатрии в 2-х т. / Под ред. А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983, т. 2. С. 251—328.
Шэнь Фу. Шесть записок о быстротечной жизни / Пер. с кит. К. И. Голыгиной. — М.: Наука, 1990.
Шюле Г. Руководство к душевным болезням / Пер. с нем. — Харьков, 1880.
Эллис А. Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают // Моск. психотерап. журн., 1994, № 1. С. 7—47.
Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. — М.: Медицина, 1990.
Эппельбаум В., Страссер Ш. Нервность, предрасположение к алкоголизму и воспитание // Психотерапия, 1914, № 5—6. С. 273.
Эпштейн А. Л. Агриппнический синдром при алкоголизме // Сб. трудов Ленинградской психиатрической б-цы им. И. М. Балинского, 1934.
Эриксон М. Гипнотическая техника «рассеивания» для коррекции симптомов и облегчения боли // Моск. психотерап. журн., 1992, № 1. С. 97—122.
Юдин Т. И. Психопатические конституции. — М., 1926.
Юдин Т. И. П. Б. Ганнушкин и малая психиатрия // Памяти Петра Борисовича Ганнушкина: Труды психиатрической клиники I Московского медицинского института, вып. 4. — М.—Л., 1934. С. 23.
Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии. — М.: Медгиз, 1951.
Юнг К. Г. Воспоминания, сновидения, размышления / Пер. с нем. — Киев: Air Zand, 1994.
Ян В. И. Опыт применения приема терапии творческим самовыражением при преподавании на педагогическом факультете // Материалы научно-практич. конференции по эмоционально-стрессовой психотерапии, физическому воспитанию, диагностике заболеваний, реабилитации больных. — Одесса: Минздрав УССР, 1990. С. 6.
Ян В. И., Штеренгерц А. Е., Поклитар Е. А., Катков В. Г., Воробейчик Я., Бурчо Л. И. Роль эмоционально-стрессового приема М. Е. Бурно в воспитании больных детей // Материалы международной научно-практич. конференции (...). — Одесса: Пед. ун-т им. К. Д. Ушинского, 1996. С. 58—59.

Яроцкий А. И. Идеализм как физиологический фактор. — Юрьев: Императ. Юрьевский университет, 1908.
Яроцкий А. И. О возможности индивидуалистического обоснования альтруистической морали // Вопр. философии и психологии, 1913, кн. 117(II). С. 174–225.
Ясперс К. Собр. соч. по психопатологии в 2-х т / Пер. с нем:, — М.: ИЦ «Академия» — СПб.: Белый Кролик, 1996.
Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. — М.: Практика, 1997.

Baruk H. Précis de psychiatrie clinique. Paris, 1950.
Bergmann B. Kombiniert abnorme Wesenszüge in neurotischen Reaktionen Veb Gustar Fischer Verlag, Jena, 1961.
Beringer K. Schizoid // Handbuch der Geisteskrankheiten. Band IX Berlin, 1932.
Berze J. Vom Schizoid // Zeitschr. f. d. g. Neur. u Psych., 1935, 153/ 4–5. S. 600.
Biniek E. M. Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln: e. Einf. in der Gestaltungstherapie. — Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellshaft, 1982.
Binswanger O. Über schizoide Alkoholiker. Ztschr. Neur., Bd. 60, 1920.
Blake B. Geo. The application of behaviour therapy to the treatment of alcoholism // Behav. Res. Ther., 1965, vol. 3. P. 75.
Bleuler M. Familiar and personal background of chronic alcoholism / *Diethelm O.* Etiology of chronic alcoholism. Springfield, 1955, p. 137, 142.
Campbell R. J. Psychiatric Dictionary. NY., 1991.
Chertok L. Sigmund chez Karl. «Le Monde». Dimanche 2, Lundi 3, Septembre, 1984.
Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart, 1958.
Delay J. Etudes de psychologie medical. Paris, 1953.
Diethelm O. Etiology of Chronic Alcoholism. Springfield, 1955.
Dollard J., Miller N. Personality and Psychotherapy. M. C. Graw-Hill book company, inc. New York—Toronto—London, 1950.
Ey Henry, Bernard P. et Brisset Ch. Manuel de Psychiatrie. Paris, 1967.
Fouquet P. Apsychognosie // Rev. Alcool., 1963, 9/ 3. S. 187–196.
Frankl Victor E. Psychotherapy and Existentialism: Selected Papers on Logotherapy, Washington Square Press. New York, 1967.
Franzke E. Der Mensch und sein Gestaltungserleben Psychotherapeutische Nutzung kreativer Arbeitsweisen. — Bern: Verlag Hans Huber, 1977.
Friedman M. Zur Auffassung und zur Kenntnis der Zwangsideen und der isolierten uberwertigen Ideen // Zeitschrift fur die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Originalien. Bd. 21 / Herausgegeben von A. Alzheimer, R. Gaupp, M. Lewandowsky, K. Wilmanns. — Berlin: Springer, 1914. S. 333–450.
Friedman P. In: American handbook of Psychiatry, Vol. 1. New-York, 1967.
Fromm Erich. Escape from Freedom, Farrar. — New York, 1941.
Gibson G. L. Creative writing in a psychotherapy Setting // Proceedings of the Fourth Bibliotherapy Round Table / Ed. Hynes A. M., Gorelick K. — Washington, 1978. P. 15–19.

Goodwin D. W., Guze S. B. Heredity and Alcoholism // The biology of Alcoholism. Vol. 3. Clinical Pathology. Edited by B. Kissin and Begleiter. Plenum press. New York—London, 1974. P. 37.
Graeter C. Dementia praecox mit alcoholismus chronicus. Zurich, 1909.
Greenson R. R. The Technique and Practice of Psychoanalysis. Vol. 1. — N. Y., 1986.
Günter M. Gestaltungstherapie (Zur Geschichte der Mal-Ateliers in Psychiatrischen Kliniken). Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 1989.
Hall C. S., Lindzly G. Theories of Personality. New York, 1967.
Hartenberg P. La psychologie du neurasthéniques. Paris 1908.
Hinton John. Bearing cancer. «Br. J. med. Psychol.», 1973, 46. P. 105—113.
Horowitz J. Depersonalization in spacemen and submariners. Milit. Med., 1964, 129,11. P. 1058—1060.
Hynes, Arleen McCarty; Hynes-Berry Mary. Bibliotherapy — the interactive process. A handbook. — Westview Press, Boulder and London, 1986.
Jacobson E. Progressive relaxation. Laboratory for Clinical Physiology. Chicago, 1938.
Janet P. Les Obsessions et la Psychasthenie. Paris, 1903.
Jung C. G. Memories, Dreams, Reflections. — N. Y.: Vintage Books, 1963.
Jellinek E. M. The Disease Concept of Alcoholism. — New Haven, 1960.
Kahn E. M. Handbuch der Geisteskrankheiten. Band V. Berlin, 1928.
Kaplan H. I., Sadock B. J., Grebb J. A. Kaplan and Sadock's synopsis of Psychiatry. Ed. 7. Williams & Wilkins, Baltimore, 1994.
Kratochvil S. Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic. — Warszawa, 1981.
Kretschmer E. In: Kehrer F. u. Kretschmer E. Die Veranlagung zu Seelischen Stцrungen. Berlin, 1924. S. 164.
Kretschmer E. Der Aufbau der Persönlichkeit in der Psychotherapy // Z. ges. Neurol., 1934, Bd. 150, H. 5. S. 729—739.
Kretschmer E. Psychotherapeutische Studien. Thieme. Stuttgart, 1949.
Kretschmer E. Geniale Menschen. — Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer, 1958.
Kretschmer E. Medizinische Psychologie. Georg Thime Verlag. Stuttgart, 1963.
Kretschmer E. Körperbau und Charakter. 26 Aufl., Neu bearbeitet und erweitert von W. Kretschmer. Berlin—Heidelberg—New York. Springer, 1977.
Kretschmer W. Synthetische Psychotherapie // Die Psychotherapie in der Gegenwart / Hrsg. von E. Stern. — Zürich, 1958. S. 319—331.
Kretschmer W. Indikation und Methodik der Psychotherapie (ausgenommen Psychoanalyse) // Psychiatrie der Gegenwart / Hrsg. von H. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross, M. Müller. Berlin — Gottingen — Heidelberg: Springer — Verlag, 1963, S. 361—383.
Kretschmer W. Psychoanalyse im Widerstreit. — Мьnchen, Basel: E. Reinhardt, 1982. Подглавка из этой книги («Спонтанные переживания и действия») в русском переводе опубликована в Независ. психиатр. журнале за 1994 г. (вып. 4. С. 5—12).
Koupernik C. A propos du «Vrai probleme de l'alcoolisme». Concours méd, 1958, 11. P. 1365.

Lemke R., Rennert H. Neurologie und Psychiatrie, Leipzig, 1960.
Leonhard K. Urd Mitarbeiter. Normale und abnorme Persönlichkeiten. Berlin, 1964.
Lester D. Self-selection of alcohol by animals, human variation, and etiology of alcoholism. Quart. J. Stud. Alcohol, 1966, 27. P. 359.
Lisansky E. S. The Etiology of Alcoholism: The Role of Psychological Predisposition. — Quart. Journ. of Studies on Alcohol, 1960, voc. 21, № 2. P. 314—340.
Luthe W., Schultz J. Autogenic Therapy, vol. 3, Application in psychotherapy. Crune Stratton. NY—London, 1969.
Mann David W. The Question of Medical Psychotherapy // American Journal of Psychotherapy, 1989, XLIII, 3. P. 405—413.
Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. Clinical psychiatry. London, 1960.
Menninger K. Man against Himself. New York, 1938.
Minkowska F. (на франц. яз.) // Проблемы психиатрии и психопатологии. — М., 1985. С. 483.
Müller-Hegemann D. Psychotherapie. Berlin, 1959.
Naumburg M. Dinamically oriented art therapy: Its principles and practice. New York, 1966.
Naumburg M. An introduction to Art therapy: Studies of the «Free» Art Expression of Behavior Problem Children and Adolescents as a Means of Diagnosis and Therapy. New York—London: Teachers college press, 1973.
Navratil L. Der Figus-Zeichen-Test beim chronischen Alkoholismus. Zeitschrift für psycho-somatische Medizin, 1958, 4. S. 103.
Noyes A. P., Kolb L. C. Modern Clinical Psychiatry. Philadelphia—London. Saunders, 1964.
Petrilowitsch N. Abnorme Persönlichkeinten. — Basel: S. Karger, 1966.
Pick A. Zur Psychopathologie der Neurasthenie // Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1902, Band 35, Heft 2. S. 393—402.
Polis A. The mentality of morality: phenomenological and psychiatric approaches // Tymieniecka A-T. (ed.), Reason, Life, Culture, Part I. — Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1993. P. 217—225.
Pratt J. H. «The Home sanatorium» treatment of consumption // Boston med. and Surg. Journ., 1960. P. 154.
Rado S. In: American handbook of Psychiatry, vol. 1, NY, 1967.
Raymond F. et Janet P. Les Obsessions et la Psychasthenie. II Paris, 1903.
Rech P. Psychoanalytische Zustände für die Kunstterapie // Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 2 (1991). P. 158—161.
Rosenman R. H., Chesney M. A. The relationship of type A behavior to coronary heart disease / Activ. nerv. sup., 1980, 22, № 1. P. 1—45.
Roberts C. M. Doctors to the Dying. «South. Dacota J. Med.», 1976, XXIX, № 11. P. 23—28.
Shemo J. Medical Psychotherapy: An Evolving Concept // Southern Medical Journal, 1986, 79, 9. P. 1109—1112.
Shemo J. Medical Psychotherapy. Clinical Application in an Inpatient Setting // General Hospital Psychiatry, 1988, 10. P. 231—235.
Schneider K. Die psychopathischen Personlichkeiten. 4 Auflage. Wien, 1940.
Schneider K. Klinische psychopathologie. 4 Aufl. — Stuttgart: Thieme, 1955.

Schulte W., Tölle R. Psychiatrie. Berlin—Heidelberg—New-York, 1973.
Schultz J. H. Das Autogene Training (konzentrative selbstentspannung). Berlin, 1960.
Schultz J. H. Übungsheft für das Autogene Training (konzentrative selbstentspannung). Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1969.
Spoerri Th. Kompendium der Psychiatrie. S. Karger. Basel—München—New York, 1970.
Tiebout H. M. The Ego Factors in Surrender in Alcoholism // Quart. J. Stud. Alcohol., 1954, 15. P. 610.
Vidal G., Vidal B. Les troubles caracteriels de l'enfant et de l'adolescent. Paris, 1964.
Weitbrecht H. J. Psychiatrie im Grundriss. Berlin—Heidelberg—New York: Springer, 1968.
Wernicke C. Über fixe Ideen // Dtsch. med. Wschr., 1892, Bd. 25. S. 581.
Westphal C. Über Zwangsvorstellungen // Berliner Klinische Wochenschrift, 1877, N 46–47.
Wieser Stefan. Alkoholismus 1940–1959. Fortschr. Neurol. Psychiat., 1962, 4. S. 169.
Wyss R. Psychische Ursachen der Trunksucht // Klinische Psychiatrie, B. II. Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1960, S. 277.
Ziegler Echhard, Rambach Horst. Zur Ätiologie und Pathogenese des Somnambulismus // Psychiat. Neurol. med. Psychol., Leipzig 28 (1976) September, 9. S. 565–571.
Zwerling I. The Creative Arts Therapies as «Real Therapies». — Hosp. Commun. Psychiat., 1979, 30, № 12. P. 841–844.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА 3
ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ — КЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРОЙ

ГЛАВА 4
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ (БОЛЕЗНЕННЫЕ) ТРЕВОЖНЫЕ СОМНЕНИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНАКАСТНЫМ И ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ (КЛАССИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ — «ПСИХАСТЕНИЧЕСКАЯ ПСИХОПАТИЯ» [«ПСИХАСТЕНИКИ»])

ГЛАВА 5
ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННЫХ, ДЕПРЕССИВНЫХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ

ГЛАВА 6
ПСИХОТЕРАПИЯ «СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ» (АЛКОГОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ)

ГЛАВА 7
О НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОСОМАТИКЕ

ГЛАВА 8
ЗАВТРАШНЯЯ ПСИХОТЕРАПИЯ